

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N° 376

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel, Henri, Raymond THUILLEAUX

Né le 12 Avril 1931, à PAU (Basses-Pyrénées)

présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE ETIOLOGIQUE
CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE
DU DELIRIUM TREMENS

Président : Monsieur L. MICHAUX (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS VI

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat

par

Michel, Henri Raymond THUILLEAUX

né le 12 avril 1931 à Pau (Basses Pyrénées)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le



-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE ETIOLOGIQUE,

CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

DU DELIRIUM TREMENS

-:-

Président : Monsieur L. MICHAUX (Professeur)

-:-

D.P. TAIB

8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROcq, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir. {	Hôtel-Dieu MENEGAUX
	Salpêtrière MOULONGUET
	Cochin QUENU
	Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et le Cerveau	)} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition)	)} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
	BARIETY
Cliniques Médicales	JUSTIN-BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique Méd. hydro-clim. et thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY
	RADOT
	LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique de l'enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch. t. pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.-- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU CHRISTOL NEVOT BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J. DUPERRAT TUCHMANN COUJARD N. CORNET BOYER DEPARIS BASTIN DEROBER GAULTIER HADENGUE DAVID LHERMITTE GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY BREGEAT DESVIGNES JUDET AUBRY MADURO PRUMPT CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX	Pat. chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLEUX THONERET VERNE (J.M.) MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI JOSEPH Melle LEVY BARGETON DEJOURS PARROT DJOURNO GOUGEROT KREIS BARUK PICHOT
Ana.Path.		Pat. expéri- ment.	
Bactério- logie		Path. Med.	
Biol. Méd.			
Chimie méd.			
Dermato-syph.			
Embryologie			
Histologie			
Hydrologie			
Hygiène			
Mal. infect.			
Médecine			
légale et du Trav.)			
Neurochir.			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophtal- mologie		Pédiatrie	
Orthopédie		Pharmacol.	
Oto-rhino- laryngol.)		Physiol.	
Parasito.		Physique	
Parasito.col.		Médicale	
Pat. chir.		Pneumo-phtis.	
		Psychiatrie	

	MM.		MM.
Psych. infant.	N...	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE
Tomato.	{ CHAPUT Mme		
	{ CERNEA		

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens

. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Urologie	N...
	{ HUGUIER		{ DREYFUS
lin. Chir.	{ LEGER	Clinique Méd.	{ HAGUENAU
	{ PADOVANI		{ KOURILSKY
	{ ROUX		
linique)	{ ECALLE		
ostét.)	{ MAYER		
lin. opht.	OFFRET		

Secrétaire de la Faculté	M. MOREL
Secrétaire-Adjoint	Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef	Dr HAHN
Conservateur	Melle GOICHON
	{ Melles DUMAITRE
	{ LE NOIR
	{ LAURENT
	{ QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs
et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

A la Mémoire de mes Grands-Parents

A ma Grand'Mère

A mon Père

A ma Mère

A mes Frères

A mes Soeurs



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur MICHAUX

Professeur de Psychiatrie infantile
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de nos remerciements respec-
tueux.

A Monsieur le Docteur J. MATHEY

Médecin-Directeur du Centre Psychothérapique
de la Charente
Médecin-Chef du Service libre "Esquirol"

A Madame le Docteur Y. MATHEY

Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques

Au Docteur Maurice TESTE

Médecin-Chef du Service de psychiatrie
de l'Amerchich (Maroc)

A mes Collègues Internes
du Centre psychothérapique de la Charente.

A Monsieur M. SETRIN

Surveillant du Service libre "Esquirol"
(Charente)

A Messieurs les Infirmiers

du Service libre "Esquirol" (Charente)

A mon Ami Guy LARSEN

A mon Ami Jean-Pierre STORA

CONTRIBUTION A L'ETUDE
ETIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE
DU DELIRIUM TREMENS

-:-

INTRODUCTION

-:-

Le développement de l'intoxication alcoolique en France a subi une recrudescence alarmante depuis la fin de la deuxième guerre mondiale et un nombre considérable de travaux a été consacré depuis à cet angoissant problème qui atteint les proportions d'un fléau social, pour reprendre l'expression de P. Vallery-Radot (118). Le problème n'est cependant pas nouveau puisque déjà vers 1900, dans leur "Traité de l'Alcoolisme", Triboulet, Mathieu et Mignot (117) déploraient la progression de l'alcoolisme, sous toutes ses formes, et s'appuyaient alors déjà sur une multitude de publications et sur une étude historique de la question remontant à plusieurs siècles avant notre ère. Aussi anciennes que l'intoxication éthylique, sont ses complications, et on ne peut manquer d'être étonné que le côté spectaculaire de certaines d'entre elles n'ait pas frappé l'imagination des foules. Le delirium tremens est, à ce titre, une affection particulièrement impressionnante, et l'entrée d'un de ces malades couverts de sueurs, tremblants, égarés et vociférants, dans un service de psychiatrie, constitue toujours un événement pour ses futurs compagnons de pavillon, pourtant rompus à côtoyer l'extraordinaire.

Dans un département voué à la viticulture et dont la richesse est l'alcool, il n'est pas surprenant que cet événement soit fréquent, et nous avons pu recueillir 184 observations de delirium tremens admis au cours des années 1955-56-57 au Centre psychothérapique de la Charente. Le Docteur Mathey, médecin-directeur

du Centre et médecin-chef du service libre, a bien voulu mettre à notre disposition ces dossiers, la plupart provenant du reste de son service. Nous voulons ici le remercier pour la documentation ainsi fournie, mais surtout pour l'enseignement qu'il nous a prodigué pendant deux années, pour les conseils, les critiques et les suggestions qu'il nous a formulés, pour le constant exemple de travail qu'il nous a donné ; nous voulons enfin dire le remarquable effort matériel qu'il a accompli pour faire de "l'Asile d'Aliénés" un véritable hôpital, où des soins de bonne qualité pussent être assurés.

Le présent travail, basé sur l'étude de ces 184 dossiers, sera divisé en trois chapitres. Dans le premier, consacré à une étude étiologique du delirium tremens, nous essaierons de montrer qu'à divers types de boissons alcoolisées répondent diverses qualités du delirium ; les malades dont nous avons étudié les observations proviennent en effet de deux régions essentiellement différentes de la Charente et l'une d'entre elles ne permet la culture que des cépages producteurs de vins nocifs.

Le second chapitre aura pour objet l'étude clinique de l'affection, surtout telle qu'elle se présente sous thérapeutique neuroleptique ; nous nous efforcerons d'en dégager quelques formes cliniques après avoir fait une révision critique des aspects initiaux et de la période d'état ; nous tâcherons enfin d'analyser les divers facteurs qui interviennent pour l'établissement d'un pronostic dans le paragraphe consacré à l'évolution et aux complications.

Le dernier chapitre sera une rétrospective des diverses thérapeutiques utilisées depuis les dix dernières années ; nous insisterons

surtout sur les résultats obtenus avec la chlorpromazine, l'électrochoc, l'hydroxydione, la réserpine n'ayant été qu'incidemment utilisée ; nous essaierons surtout de montrer les progrès accomplis par la thérapeutique à la lumière des travaux biologiques modernes.

Monsieur le Professeur Michaux a bien voulu accepter de présider ce travail. Nous tenons à le remercier pour la bienveillance avec laquelle il nous a reçu, ainsi que pour les conseils qu'il nous a donnés sur un sujet dont il a une connaissance particulièrement approfondie, basée sur une longue expérience acquise en qualité de Médecin-Chef de l'Infirmierie spéciale du Dépôt.

ETUDE ETIOLOGIQUE

-:-

Le fait fondamental dans l'étude des facteurs étiologiques du delirium tremens est certes l'intoxication chronique par l'alcool et depuis qu'il y a des boissons alcoolisées à la disposition des hommes, les complications qu'entraîne leur abus sont, non seulement bien connues, mais encore bien rapportées à leur cause.

C'est ainsi qu'Hippocrate aurait consigné dans son livre des "Epidémies" plusieurs observations de delirium tremens. Rufus d'Ephèse, disait que "le vin détermine au foie, à la rate et à la tête, des maladies propres à ces parties". Sénèque aurait décrit dans son épistole 25 les symptômes essentiels du delirium tremens. Arétée de Cappadoce enseignait que le vin produisait des lésions du foie, la paralysie et la folie. Delpeuch, cité par Mathieu et Triboulet (117), rapporte un écrit d'un médecin byzantin du VIIème siècle sur l'hygiène alimentaire où on lit "le vin, si l'on en boit trop et qu'on s'enivre continuellement, lèse gravement le foie, le cerveau et les nerfs ; il fait trembler tout le corps, il cause de vives douleurs à l'estomac, il affaiblit la vue et détermine une paralysie générale".

Le delirium tremens est donc très anciennement connu comme "un épisode aigu de l'alcoolisme chronique". Mais malgré la multitude des travaux anciens ou modernes consa-

crés à son étude, le primum movens nous en échappe encore. Les désordres anatomiques en ont été soigneusement étudiés par Toulouse, Marchand et Courtois (115, 166) dont les travaux restent fondamentaux, les perturbations biologiques en ont été recensées par de nombreux auteurs et surtout Lecoq (58) et Coirault et Laborit (16, 17, 18, 20, 21) ; nous ignorons cependant toujours, le mécanisme intime du déclenchement de troubles aussi considérables.

L'analyse des circonstances de leur survie permet au moins certains éclaircissements. Nous envisagerons ici les rôles respectifs de l'âge, du sexe, de la profession, l'incidence des antécédents, la part des facteurs déclenchants, et enfin nous réserverons un paragraphe à l'étude du type d'intoxication.

L'AGE

Sur les 184 cas de la présente statistique, 9 sont d'âge inconnu. Les chiffres suivants sont donc établis à partir de 175 dossiers.

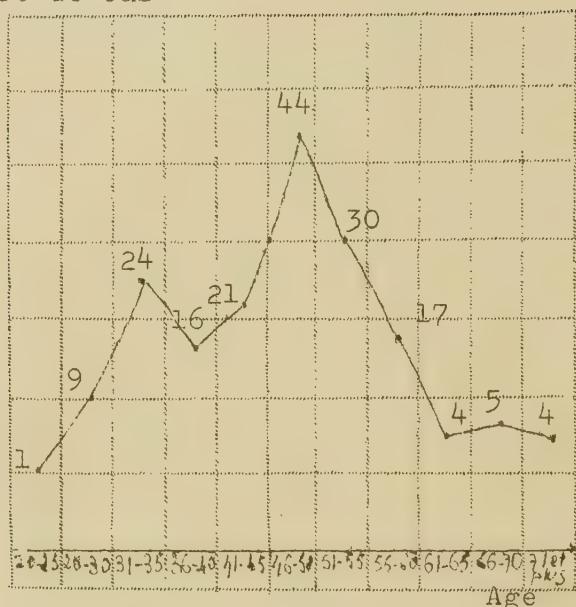
L'âge moyen a été de 46 ans et demi.

Les âges extrêmes étaient de 23 ans (un cas) et 76 ans (un cas féminin).

La fréquence maximum se situe entre 30 et 55 ans : 135 cas (soit 77 %) avec surtout deux "clochers", de 31 à 35 ans (24 cas, soit 13 %) et 45-50 ans (44 cas soit 16 %).

La répartition par âges peut s'objectiver par le graphique ci-dessous :

Nombre de cas



LE SEXE

Bien qu'il soit moins fréquent, le delirium tremens n'est pas une rareté chez la femme. Nous en colligeons 17 cas, soit environ 10 %.

L'âge moyen, chez la femme, a été un peu plus bas que chez l'homme, aux environs de 44 ans, avec des extrêmes de 26 ans (un cas), et 76 ans (un cas). Le maximum de fréquence se retrouve aux mêmes âges que chez l'homme de 31 ans à 35 ans et de 45 à 50 ans.

LA PROFESSION

On considère généralement que ce sont les sujets qui exercent des professions exposées à l'entraînement, telles celles de chauffeurs, déménageurs, facteurs, cabaretiers, cuisinières, qui fournissent le plus d'alcooliques et, partant, de

candidats au delirium. Est-ce dû au fait que les statistiques sont établies à partir de malades de milieu urbain ? La présente statistique relève, en tous les cas, une proportion considérable de cultivateurs et de sujets exerçant des professions rurales ; les cabaretiers y sont l'exception. Peut-être n'a-t-on pas encore assez insisté sur la réalité de l'existence d'un alcoolisme d'habitude dans l'étiologie duquel ne jouent ni facteur d'"entraînement", ni facteur névrogène.

Le cultivateur charentais est essentiellement viticulteur et veille avec un soin jaloux à ses ceps, destinés à la production du cognac. Mais sa cave ou son chais sont emplis de fûts de vin aux robinets desquels il puisse à longueur de journée pour étancher sa soif ; l'eau est pour lui boisson inconnue, inexistante parfois ou si rare qu'on la réserve au bétail. Aussi ne s'étonnera-t-on pas que la famille d'un viticulteur affirme qu'"il ne boit jamais" lorsqu'on lui dit la cause de l'état de son malade.

Boire, en Charente, signifie être ivre, mais boire du vin peut-il rendre alcoolique ? Cette question paraît saugrenue au cultivateur quelle que soit sa place dans la hiérarchie rurale, qu'il soit propriétaire, fermier, métayer, ou domestique. Témoin, cette femme d'un riche viticulteur-propriétaire atteint de délire alcoolique déclarant : "Mon mari ne buvait pas ; il ne prenait que 3 ou 4 litres de vin par jour" !

Tout ceci explique la grande proportion de cultivateurs dans le tableau suivant établi sur 175 dossiers :

PROFESSION	NOMBRE	%
Cultivateurs (a)	68	38,85
Artisans ruraux	12	6,85
Manoeuvres	33	18,85
Ouvriers qualifiés ou spécialisés	19	10,85
Employés	4	2,30
Retraités	9	5,15
Sans profession (b)	12	6,85
Divers	15	8,60
Profession inconnue	3	1,70
Total	175	100

- (a) Propriétaires, fermiers, métayers ou domestiques
 (b) généralement des femmes.

Parmi les professions diverses, nous notons: 3 jardiniers, 2 chauffeurs-livreurs, 1 concierge, 1 commerçant, 1 garçon de café, 1 courtier en volailles, 1 chiffonnier, 1 marchand de journaux ambulant, 1 cafetier, 1 vulcanisateur, 1 chauffeur de locomotive (à vapeur), 1 instituteur (rural).

En regroupant ensemble les diverses professions rurales d'une part, les diverses professions urbaines d'autre part (en y comptant les travailleurs en usines situées à la campagne), nous avons les chiffres suivants :

Travail rural	82	46,9 %
Travail urbain ou usine	69	39,4 %
Retraités et sans profession	21	12 %
Profession inconnue	3	1,7 %

Ce second tableau, s'il montre plus nettement la grande proportion de professions rura-

les, où l'alcoolisme est une coutume, fait apparaître en même temps un nombre non négligeable d'"alcooliques de l'oisiveté", car la rubrique des "retraités et sans profession" comprend surtout des pensionnés à titres divers : "militaires, anciens tuberculeux, etc..."

ANTECEDENTS

Nous ne retiendrons que ceux qui furent assez importants pour nécessiter des soins hospitaliers ou des mesures d'assistance psychiatrique, et qui, d'autre part, peuvent être considérés comme ayant des relations avec l'intoxication éthylique.

Sur 184 malades, nous relevons 20 fois des accidents nettement liés à l'alcoolisme chronique :

- Sept malades avaient déjà présenté un delirium tremens quelques années auparavant (l'un d'eux en avait présenté deux accès).
- Six avaient été soignés (et parfois internés) pour délire subaigu ou bouffée confusional.
- Deux avaient fait une cirrhose un ou deux ans avant.
- Un était porteur d'une polynévrite des membres inférieurs remontant à plusieurs mois.
- Un avait vu apparaître des crises comitiales depuis deux ans.
- Trois avaient présenté des réactions violentes ; deux d'entre eux avaient été internés à cette occasion et le troisième avait purgé une peine de prison.

L'observation suivante est assez riche en antécédents pour être prise comme exemple :

OBSERVATION I

LAR... Pierre, 47 ans. Carrier. Canton de Cognac. Entré le 17 janvier 1956. Service Libre (n° 70).

Est amené par sa femme, qui indique qu'il buvait depuis plus de vingt ans 5 litres de vin par jour en moyenne. Il était très jaloux et manifestait des troubles de l'humeur et du caractère ; il était violent et irritable. Au cours d'une rixe, deux ans avant, avait blessé d'un coup de couteau, un camarade de travail ; il avait, pour ce fait, subi une peine de prison.

D'autre part, il avait fait des hémorragies importantes d'origine hémorroïdaire à plusieurs reprises et un méloena il y a quelques années. Depuis trois mois, des cauchemars fréquents hantaient ses nuits, avec des thèmes professionnels et des zoopsies (vision de serpents) ; se levait plusieurs fois la nuit pour boire et manger.

A l'entrée, delirium tremens franc, traité par neuroplégie (chlorpromazine, procaine et curéthyl en perfusions intraveineuses). Le second jour, hématomèse importante ; reçoit de la vitamine K. Le 3ème jour, survenue de trois crises convulsives. Celles-ci se renouvelleront les jours suivants, mais de plus en plus espacées. Sort de son delirium le 13ème jour. Cure de désintoxication, cure de dégoût au disulfirame.

Le 14 mars (2 mois après l'entrée) un examen électroencéphalographique montre : tracé plat même après stimulations par hyperpnée et stroboscope.

o

Dans dix autres cas, l'incidence de l'alcool a pu jouer un rôle :

- Six malades avaient subi des cures sanatoriales pour tuberculose pulmonaire.

- Deux autres avaient contracté la malaria en Extrême-Orient.
- Les deux derniers étaient porteurs d'un ulcère gastrique.

Nous ne pouvons approfondir le débat, mais s'il n'y a pas de rapports de cause à effet entre ces affections et l'alcoolisme, du moins sait-on l'existence de corrélations indéniables entre les deux groupes de faits. Citons, à cet égard, le travail ancien de Triboulet (en 1901) montrant les interrelations entre la tuberculose et l'alcoolisme (117) ceux récents de Debray (28) et Martimor (77) sur l'estomac des alcooliques et les incidences de la chirurgie gastrique sur l'alcoolisme, ceux de Pergola et Cachin (90) de Lamotte (54) sur le foie des alcooliques.

En définitive, nous pouvons dire que 30 des malades dont nous avons étudié les dossiers (16,3 %) avaient, avant leur delirium, présenté une affection grave où l'alcoôlisme avait une part médiate ou immédiate.

LES FACTEURS DECLENCHANTS

Un grand nombre en a été recensé et ils ont tour à tour été incriminés dans la genèse du délire alcoolique aigu . Mais la querelle a surtout été importante entre les tenants du rôle d'une agression, plus ou moins grave, et ceux qui soutenaient la prééminence de la suppression brutale du toxique. De fait, chaque fois qu'une agression motive l'hospitalisation d'un éthylique en service de médecine ou de chirurgie, la suspension de ses habitudes d'intempérance intervient forcément. Il est donc difficile de faire la part de ce qui revient au "stress" et de ce qui revient à la privation d'alcool. Il semble logique

d'attribuer à chacun de ces facteurs un rôle, sans que celui-ci soit exclusif.

Dans le tableau suivant, nous n'avons rangé sous la rubrique "delirium a potu suspenso" que les cas où la suppression brusque d'alcool était l'unique facteur qui pût être incriminé et où ce facteur était indéniable. Dans tous ces cas, en effet, le délire alcoolique a débuté plus de 24 heures après une admission pour cure de désintoxication et ce, malgré la thérapeutique, instituée immédiatement, par alcool glucosé hépatisé (Curéthyl₃ A intra-veineux à la dose moyenne de 200 cm³ par jour - certains sujets en ont reçu jusqu'à 300 cm³).

Facteur Déclenchant	Nombre	%
Potu suspenso	28	15,21
Pneumopathie aiguë ou grippe	11	5,97
Accidents médicaux en rapport avec l'alcoolisme	11	5,97
Autres affections médicales	7	3,26
Traumatisme minime	5	2,71
Traumatisme important avec acte chirurgical	22	11,95
Affection chirurgicale	14	7,60
Excès de libations	1	0,55
Causes psychologiques	2	1,10
Causes inconnues	83	45,10
Total	184	100

Parmi les accidents médicaux en rapport avec l'alcoolisme, nous notons cinq hématomésés, quatre cirrhoses, deux crises convulsives apparues inopinément chez des sujets sans passé comitial.

Parmi les autres affections médicales, nous relevons : deux tuberculoses pulmonaires, une épistaxis, une hémoptysie, un ulcère de jambe, une orchite ourlienne, un oedème de Quinke post-sulfamidothérapique.

Les traumatismes "chirurgicaux" étaient deux fractures de rotule, une du temporal, une de vertèbre, deux du col du fémur, une du radius, deux du tibia, deux de côtes, deux du crâne, une de l'astragale, une de l'omoplate, une du maxillaire inférieur, une de la diaphyse fémorale, une trépanation pour hématome sous-dural ; quatre étaient polytraumatisés (rocher et clavicule ; côtes et clavicule ; humérus et bassin ; fémur et avant-bras).

Les autres actes chirurgicaux ont été : trois cures de hernies, trois appendicectomies, deux gastrectomies, une cystostomie, un anus iliaque pour cancer du rectum, une mastectomie pour cancer du sein, une hystérectomie pour hémorragie utérine, une épididymectomie, une péritonite.

Nous n'avons retenu qu'une observation où pouvaient être avancés les excès de libations :

OBSERVATION II

QUE... Roger, 56 ans, manoeuvre. Canton de ROUILLAC. Entré le 23 Avril 1957 - Service Libre (n° 156).

Arrive en état semi-comateux avec température à 39°2, pouls à 140. La famille nous explique qu'une conjonction de fêtes de famille a entraîné le malade à boire pendant les trois jours précédents au point d'être "ivre-mort" chaque soir. Au bout de deux heures, le sujet parle, commence à s'agiter, une sudation abondante apparaît puis survient un état de

mal épileptique avec crises convulsives généralisées toutes les 5 minutes.

Traitement par perfusions chlorpromazine-procaïne-curéthyl et injection intra-veineuse de 0,50 g de nembutal. Oedème aigu du poumon le 3ème jour. Décès en état comateux.

o

Enfin, dans deux cas seulement des causes psychologiques paraissent avoir été assez importantes pour entrer en ligne de compte (obs. n° 163 et 170). Voici l'une d'elles :

OBSERVATION III

TOU... Pierre, 45 ans, jardinier dans les Basses-Pyrénées. Entré le 2 juillet 1957 - Service Libre (n° 163).

Divorcé depuis plusieurs années, il avait la garde de ses deux filles. Son ex-femme, domiciliée en Charente est venue chez lui dans les Basses-Pyrénées et, profitant de son absence, a "kidnappé" la plus jeune de ses filles. Ceci explique le voyage de notre malade en Charente où il se trouvait depuis 24 heures, courant du palais de justice au commissariat de police ou chez un avocat.

A l'entrée, température à 37°6, pouls à 104, sudation considérable, agitation psychomotrice, dysarthrie et tremblement généralisé; semble en proie à une grande frayeur. Evolution favorable sous l'influence de la thérapeutique neuroplégique. Repartira, après cure de désintoxication, rejoindre au Pays Basque, sa fille qu'entre temps la justice lui a rendue.

o

Du tableau ci-dessus, il ressort que près de la moitié des cas (45 %) ont vu leur delirium déclenché en dehors d'une cause apparente,

mais aussi qu'une proportion non négligeable (plus de 10 %) de cas est survenue à l'occasion d'une autre complication de l'alcoolisme chronique.

15 % seulement des cas peuvent être rangés sous la rubrique "a potu suspenso". Les cas de traumatisme, minime ou important, forment la catégorie la plus importante (20 %).

LE TYPE D'INTOXICATION

On a tour à tour incriminé comme prédisposant plus facilement au delirium tremens diverses variétés de boissons alcoolisées : absinthes, apéritifs, vins rouges ou blancs, cuits ou non, eaux de vie de raisin, pommes de terre, betteraves, canne à sucre ou grains.

Peut-être a-t-on moins insisté sur la différence de gravité que peuvent entraîner les différents produits.

La Charente représente, semble-t-il, un département privilégié pour essayer d'esquisser cette étude. Elle comprend, en effet, deux parties assez distinctes du point de vue géographique et économique. Le Sud et l'Ouest du département forment une région faiblement vallonnée où s'étendent les riches vignobles qui produisent les vins destinés à être distillés pour faire le cognac. Le cultivateur de ces régions ne boit que peu d'eau de vie (dont la quantité est strictement surveillée par la Régie des alcools), mais il possède généralement quelques rangs de vigne produisant son vin de consommation courante, qui sont plantés en cépages recommandés ou autorisés (a) :

-
- (a) Décret ministériel n° 55-1193 du 8 Septembre 1955 relatif au classement des cépages - J.O. n° 215 du 11 Septembre 1955.

Saint-Emilion, Colombar, Jurançon, 54-55-Seibel, etc... (53). On peut grossièrement limiter cette région aux cantons suivants : Aigre, Aubeterre, Baignes, Barbezieux, Blanzac, Brossac, Chalais, Châteauneuf sur Charente, Cognac, Hiersac, Jarnac, Mansle, Montmoreau, Rouillac, Segonzac et Saint-Amant-de-Boixe.

Le Nord et l'Est du département, aux confins du Poitou et du Limousin, constituent un pays plus accidenté où le sol, très calcaire, ne permet pas le développement de la vigne ; le cultivateur de cette région se veut néanmoins viticulteur et plante des cépages vigoureux, mais hélas producteurs de boissons nocives, et d'ailleurs prohibés par décrets ministériels (Isabelle, Othello et surtout Noah). Malgré ces décrets qui, chaque année en prescrivent l'arrachage et en interdisent la plantation, de grandes quantités de ces cépages poussent dans cette région de la Charente que l'on peut, à peu près, limiter aux cantons de Chabanais, Champagne-Mouton, Confolens, La Rochefoucauld, Montbron, Montemboeuf, Ruffec, Saint-Claud-sur-le-Son, Villebois-Lavalette et Villefagnan.

Or, l'analyse chimique des vins de Noah et d'Othello a montré l'existence de produits nocifs, et notamment d'alcool méthylique, dans ces boissons (b). Nous essaierons de

(b) Communication orale de Monsieur Jean LAFON, Directeur de la Station Viticole de Cognac qui nous a cité les travaux de M. BRANAS à l'Ecole de Viticulture de Montpellier, de M. FLAUZY, à la station d'oenologie de Narbonne, de M. FRAULOT, à la station oenologique d'Epernay, et enfin du Pr GRASSET, à la Sorbonne, qui qualifie, paraît-il, ces boissons de "vinoïdes".

montrer qu'à cette notion chimique semblent correspondre des faits cliniques.

En plus des deux régions sus-citées, il faut faire une place à part aux cantons d'Angoulême, essentiellement industriels (plusieurs papeteries, fonderie nationale de la Marine à Ruelle, poudrerie nationale, cimenterie de La Couronne, fabriques d'accumulateurs, de moteurs électriques, chaudronneries... etc). L'intoxication alcoolique y est de type urbain, c'est-à-dire mixte : apéritifs, vins, alcools de mauvaise qualité.

Nous avons donc isolé trois types d'intoxication ; il nous a , en effet, semblé qu'à chacun correspondait une gravité différente du delirium tremens. Dans le tableau ci-dessous, nous avons rangé les malades suivant les cantons d'où ils provenaient et comparé le pourcentage des complications graves survenues au cours de leur accès, des décès, et des séquelles graves. Cette classification est, sans doute, grossière et quelque peu arbitraire ; nous pensons cependant qu'elle permet d'en tirer des notions utiles, même si elles ne sont qu'approximatives .

Sujets provenant de	Nombre de cas	Durée moyenne de l'accès	Complica- tions graves		Décès		Séquelles graves	
			Nombre	%	Nbre	%	Nbre	% des survivants
Cantons ruraux où pous- sent des cépages pro- hibés (Noah)	64	9,75 j	30	43,75	22	34,38	6	14,38
Cantons urbains (Angoulême)	41	9	14	34	12	29	3	10
Cantons ruraux où pous- sent des cépages autori- sés	57	11,7	21	36,8	12	21	4	8,8
Total	162	10,3 j	65	40,75	46	28,4	13	11,21

Précisons que tous ces malades ont été traités par la même méthode (neuroplégie + curéthyl).

Le détail de ce tableau sera repris au chapitre de l'étude clinique, mais nous pouvons ici mettre en exergue :

1° le plus grand nombre de cas provenant des cantons où poussent les cépages prohibés, surtout compte tenu du fait que la population de ces cantons est beaucoup moins nombreuse que celle des autres cantons.

2° La plus grande mortalité chez les buveurs de Noah qui atteint à peu près dans cette série, un malade sur trois (35 % environ) alors qu'elle est d'environ un sur quatre chez les buveurs mixtes, de un sur cinq chez les buveurs de vin uniquement.

3° Le plus grand nombre de complications survenues dans la première catégorie.

4° L'équivalence du pourcentage des séquelles dans les trois catégories.

Une de nos observations fait état d'un type d'intoxication un peu spécial : c'est celle d'un tonnelier, grand buveur d'eaux de vie et qui, mis à la retraite et privé de cognac, s'est mis à boire de l'alcool à brûler.

OBSERVATION IV

GUI... Albert 70 ans. Tonnelier. Canton de Cognac. Entré le 21 mars 1957 - Service Libre (n° 152).

Envoyé par son médecin qui précise qu'il faisait abus de boissons alcoolisées depuis de nombreuses années et, plus récemment, d'alcool à brûler (dont il buvait au moins un litre par semaine).

A l'entrée, delirium tremens franc déclenché par une pneumopathie aiguë. Désorientation

complète , paroles incohérentes, cris, onirisme important. Agitation psychomotrice, tremblement généralisé, mouvements de succion, d'agrippement, défait constamment ses draps, cherche à se lever. Gâtisme complet. Sudation abondante, instabilité thermique.

Traitement par perfusions de chlorpromazine-procaïne, curéthyl avec antibiotiques et extraits cortico-surrénaux pendant 15 jours.

Apparition d'escarres sacrées.

Sorti de son delirium, reste confus, onirique et délirant, donne des ordres, des conseils, propose d'aller boire un coup ; mouvements d'agrippement persistant longtemps. Euphorie, absence d'autocritique, inconscience de son état.

Aggravation progressive malgré une thérapeutique associant strychnine, vitamine B 1, extraits hépatiques et hormone mâle, vers un état cachectique. Torpeur de plus en plus profonde, fonte musculaire. Décès deux mois plus tard dans un état subcomateux.

o

LA QUANTITE DE BOISSONS ingérée est presque toujours absolument impossible à établir, un grand nombre de malades ignorant eux-mêmes cette quantité, ceci surtout chez les cultivateurs puisant à la barrique chaque fois qu'ils ont soif. Le salaire de l'ouvrier agricole comprend d'ailleurs le vin à volonté et celui-ci ne se fait pas faute de délaissier cet avantage ; il boit d'autant plus et d'autant volontiers qu'il s'estime ainsi mieux payé.

De rares sujets avouent la quantité qu'ils ingèrent et elle est parfois effarante ; tel ce charbonnier dont la femme achetait dix litres de vin rouge chaque jour et qui en ingurgitait neuf à lui seul.

EN RESUME, nous pouvons dire qu'en Charente le delirium tremens atteint des sujets à l'âge moyen de la vie dont 10 % sont du sexe féminin. Le plus gros contingent y est fourni par les cultivateurs. Le traumatisme prédomine comme facteur déclenchant, les causes infectieuses étant devenues rares ; la suspension brutale des habitudes éthyliques reste assez souvent le seul facteur imputable à ce déclenchement. Une proportion non négligeable de sujets ont déjà présenté des manifestations graves de l'alcoolisme chronique.

Les buveurs de produits de cépages prohibés (Noah) semblent plus facilement prédisposés à faire un delirium et celui-ci paraît avoir chez ces sujets un déterminisme plus grave.

ETUDE CLINIQUE

-:-

HISTORIQUE

Introduit en 1813 par SUTTON (113), le terme de delirium tremens a recouvert pendant longtemps un ensemble de troubles psychiques, psychomoteurs et généraux, survenant de façon aiguë chez des alcooliques chroniques et dont le pronostic était tellement variable que certains auteurs furent amenés à ne le considérer que comme un syndrome et à tenter de le démembrer. MAGNAN, en 1874 (76), puis REGIS (103) tentèrent d'isoler différents tableaux cliniques ; mais ROGUES de FURSAC (106) avait montré que la différence entre ces tableaux consistait davantage en "variations de gravité de l'état pathologique qu'en l'existence de symptômes propres à telle ou telle forme" (COIRAULT et LABORIT) (17).

Entre temps, divers auteurs avaient décrit l'affection sous des noms multiples. RAYER, en 1819, dans son "mémoire sur le delirium tremens" propose le terme d'oénomanie que LEVEILLE trouve trop euphémique et remplace par celui de "délire crapuleux". DUPUYTREN en fait l'étude chez des traumatisés et le qualifie de "délire nerveux" (1839). DELASTIAUVE (1850) avec sa dénomination de "stupeur ébrieuse" et BRIERE de BOISMONT (1852) avec celle de "folie des buveurs" introduisent un mot qui définit en partie l'étiologie de la maladie. MAGNAN (1874) sépare le "délire alcoolique fébrile" du délire subaigu (76). TRIBOULET, MATHIEU et MIGNOT (1905) l'appellent

"délire toxi-alcoolique" (117). Gilbert BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE (1906) montrèrent l'existence de lésions corticales dans les psychoses d'origine toxique. TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS (116) tentèrent d'utiliser la méthode anatomo-clinique pour délimiter le cadre psychologique du delirium tremens et créèrent la dénomination d'"encéphalite psychosique aiguë des alcooliques" (1931). Leur mérite fut surtout de faire la première étude approfondie des perturbations biologiques et anatomiques de l'affection, tandis qu'ils n'apportaient pas d'argument clinique de différenciation avec la forme subaiguë et que leur description semble avoir englobé des délires aigus azotémiques. DELMAS-MARSALET préfère le terme d'encéphalose alcoolique aiguë. Les auteurs modernes s'accordent à insister sur la nécessité d'isoler ces trois formes : bouffée confuso-onirique, delirium tremens proprement dit et délire aigu azotémique.

Ce sont, semble-t-il, COIRAULT, LABORIT et coll. qui ont, les premiers, décrit ces mouvements automatiques de succion, de mâchonnement, d'agrippement, qu'on peut interpréter comme d'origine sous-corticale, en leur attribuant un caractère de spécificité propre au delirium tremens (17, 20).

Nous nous sommes efforcé d'éliminer de notre travail les quelques observations faisant état d'une azotémie élevée (au-dessus du gramme) d'une part, et d'autre part d'en exclure celles, plus nombreuses, où le diagnostic de bouffée confuso-onirique était, soit clairement porté, soit possible rétrospectivement, selon les critères de COIRAULT et LABORIT.

Le présent chapitre sera basé sur l'étude de 163 dossiers de malades traités par métho-

des neuroplégiques (la thérapeutique par l'hydroxydione transforme le tableau de façon si rapide que seuls les signes de début peuvent alors être observés).

PRODROMES ET DEBUT

1° Les signes d'intoxication éthylique chronique sont évidemment retrouvés de façon constante par l'anamnèse, même si certains d'entre eux manquent plus ou moins totalement. P. BENSOUSSAN (7) rapporte la majorité de ces signes à un état de besoin chaque matin renouvelé à la suite du sevrage de la nuit. Mais, en pratique, qu'ils soient considérés comme stigmates de l'action de l'alcool ou comme stigmates du sevrage, donc de l'absence d'alcool chez un alcoolomane, ils permettent d'affirmer l'intoxication alcoolique.

- La couperose due aux varicosités des pommettes et donnant parfois au malade un aspect enluminé, ne nous a paru manquer que chez les sujets en mauvais état physique, particulièrement tuberculeux.

- Les troubles intestinaux, crampes ou brûlures épigastriques, vomissements bilieux, pituites matinales (que le sujet attribue volontiers à la première cigarette fumée à jeun !), diminution de l'appétit, langue saburrale, s'ils ne sont pas au complet, font rarement défaut.

- Le subictère conjonctival, accompagné parfois d'une injection des conjonctives constitue un signe mineur d'atteinte hépatique, assez évocateur cependant pour avoir mérité une étude séparée (RACOUCHOT décrit "le gros oeil des buveurs") (101).

- D'autres signes d'atteinte hépatique, hémorragies, hépatalgies, oedèmes malléolai-

res, circulation collatérale abdominale sont déjà plus sévères et préfigurent la cirrhose.

- Les crampes musculaires sont généralement imputées à la fatigue.

- Le tremblement fin, ténu, rapide, est surtout accusé aux extrémités et généralement associé au tremblement lingual.

- Le sommeil est troublé de cauchemars où les thèmes professionnels dominent : les zoopsies, micropsies, visions de catastrophes ou de scènes terrifiantes sont déjà des signes prémonitoires importants.

- Les troubles du caractère : irascibilité, égocentrisme, jalousie, ou parfois euphorie, indifférence, sont minimisés par le sujet, mais d'autres fois, aussi, curieusement, par la famille.

2° Début progressif.

Ce sont surtout les troubles neuropsychiques qui vont s'accroître progressivement dans les jours précédant l'accès de delirium

Le sommeil est de plus en plus envahi de visions fantastiques, d'animaux féroces (rats, serpents, araignées gigantesques) parfois monstrueux, ou bien le sujet voyant ses camarades au travail se lève pour aller au chantier.

Au tremblement fin des extrémités, s'ajoute un tremblement généralisé plus accentué avec parfois de grands frissons faisant croire à la famille qu'il s'agit d'une "mauvaise grippe" ou d'un accès palustre chez un sujet qui a fait un séjour aux colonies.

Les troubles du caractère amplifiés font

commettre parfois des actes délictueux, bris de meubles, incendies, violences.

Certains sujets accusent une asthénie avec sensation de mort prochaine. Presque tous ressentent une anxiété vive avec crainte d'un danger imminent. Le développement et l'amplification des hallucinations vont bientôt engendrer un syndrome de confusion mentale. Enfin des sueurs abondantes baignent le visage du malade en même temps que la température s'élève et surtout, que le pouls s'accélère.

Voici , par exemple, une observation montrant ce début progressif :

OBSERVATION V

n° 41 - CHA... Simon, 48 ans, Canton de Saint-Claud, Electricien. Entré le 2 septembre 1955 - Placement volontaire.

Antécédents : boit depuis toujours 2 à 3 litres avoués par la famille + apéritifs.

La nuit du 31 août a présenté une crise comitiale.

La nuit du 1er septembre "il ne se croyait pas chez lui et voyait des bêtes partout" déclare sa femme qui décrit ainsi la confusion mentale et l'onirisme.

Son médecin lui fait une injection de Vitamine B 12 et de Largactil.

A l'entrée : "présente un délire alcoolique subaigu avec état confuso-onirique, troubles de la mémoire et de l'orientation, euphorie, bavardage peu cohérent, fabulation, insomnie. Signes d'intoxication éthylique profonde : tremblement intense des doigts et de la langue, varicosités des pommettes, subictère conjonctival, état saburréal des voies digestives, signes d'insuffisance hépatique. A observer - signé : Dr MATHEY".

(Certificat de 24 heures en date du 3 septembre 1955).

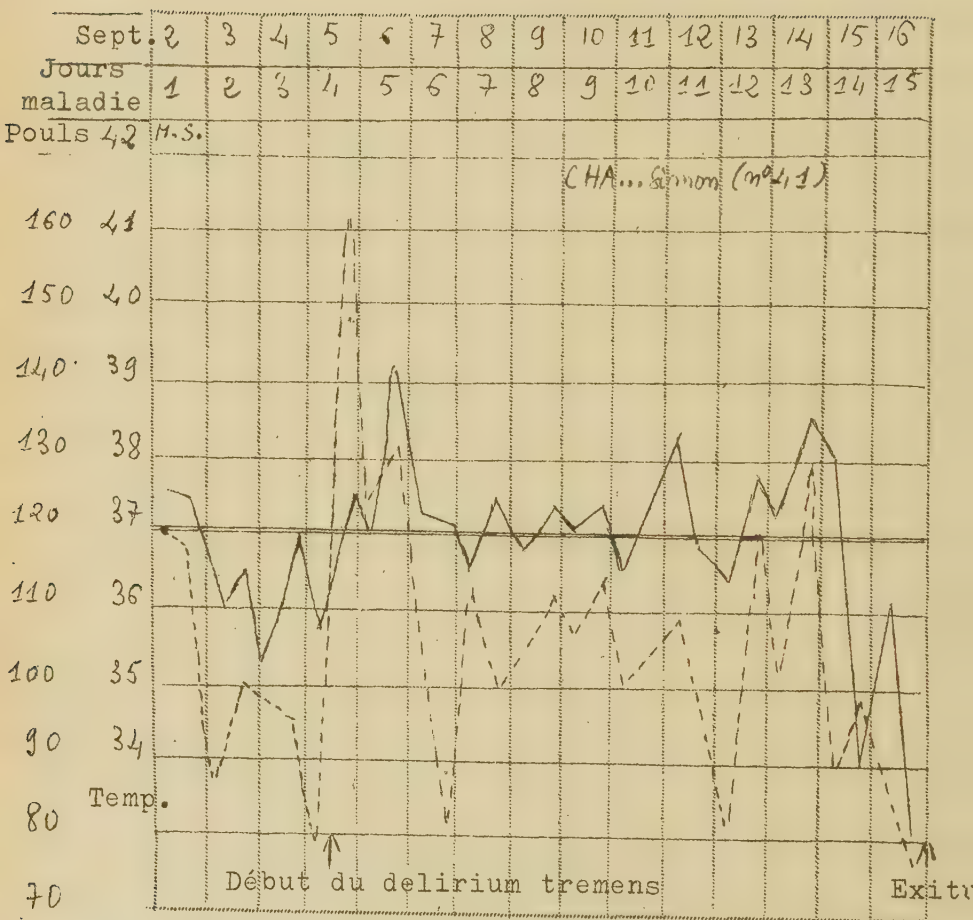
Température à 37°5 - TA I4/8 - Surtout pouls à 120.

Evolution : le lendemain et le surlendemain, est en hypothermie (36° le 3 septembre, 35°2 le 4 septembre).

Le 4ème jour au soir delirium tremens franc : la température monte à 37°5, Le pouls de 120 à 22 heures passe à 160 à 24 heures. Le lendemain 39°. Puis delirium gravissime avec agitation, sudation, déshydratation, délire incohérent, courbe de température désarticulée: tantôt en hypothermie (jusqu'à 33°9) tantôt à 38°5. Le 15ème jour, à 24 heures, la température s'abaisse à 33°. Décède peu après dans un état de torpeur.

Traitement institué dès l'entrée : largac-til + scurocaïne + curéthyl en perfusions intra-veineuses + méthiopoline).

La courbe ci-dessous met en relief l'instabilité du pouls et de la température, caractéristiques du delirium.



L'observation suivante montre d'abord le passage fréquent d'un état confuso-onirique au delirium tremens, la bouffée confusionnelle étant considérée par plusieurs auteurs comme une forme mineure, par d'autres comme une forme avortée du delirium ; une semblable observation indique combien il est difficile d'établir une frontière entre les deux états, le premier pouvant, en tous cas, être considéré comme "faisant le lit" du second. Elle montre ensuite que l'affection est, chez la femme, exactement superposable à ce qu'elle est chez l'homme. Elle montre enfin l'accélération du pouls au début de l'accès et au début d'une rechute comme si ce signe était lié à la reprise de l'activité onirique et délirante.

OBSERVATION VI

Madame JAS... Gabrielle, 26 ans. La Rochefoucauld. - Cultivatrice. Entrée le 27 octobre 1956 - Service Libre (n° 133).

Boit depuis toujours ; était souvent ivre le soir. Buvait du noah.

Vue le 25 par son médecin qui nous dit qu'elle avait alors des cauchemars avec visions d'animaux, d'enterrements, de squelettes. Il commence un traitement par Largactil I.M. + nicobion + facteurs hépatiques + Vitamine C.

Devant l'échec de la thérapeutique, il envoie la malade au Centre (Service Libre) et, le soir du 27, deux jours après le début des prodromes, on note l'existence d'un délire subaigu avec : important tremblement digito-lingual. Trémulations généralisées. Dysarthrie.

Couperose. Subictère des conjonctives.

Désorientation temporo-spatiale.

Douleurs violentes à la pression des mollets.
Hyperréflexivité tendineuse.

Antécédents de troubles digestifs : nausées, vomissements bilieux, brûlures d'estomac, anorexie. A maigri de plusieurs kilogs.

Onirisme nocturne depuis quelque temps à thèmes professionnels surtout.

Sudation. Température à $37^{\circ}4$.

Bien que désorientée, elle répond de façon cohérente aux questions, semble faire effort pour maîtriser son tremblement dont elle se rend compte et qu'elle attribue à l'émotion.

La nuit du 27 au 28 est calme ; elle dort sous l'influence d'une perfusion intra-veineuse de Largactil avec curéthyl intraveineux.

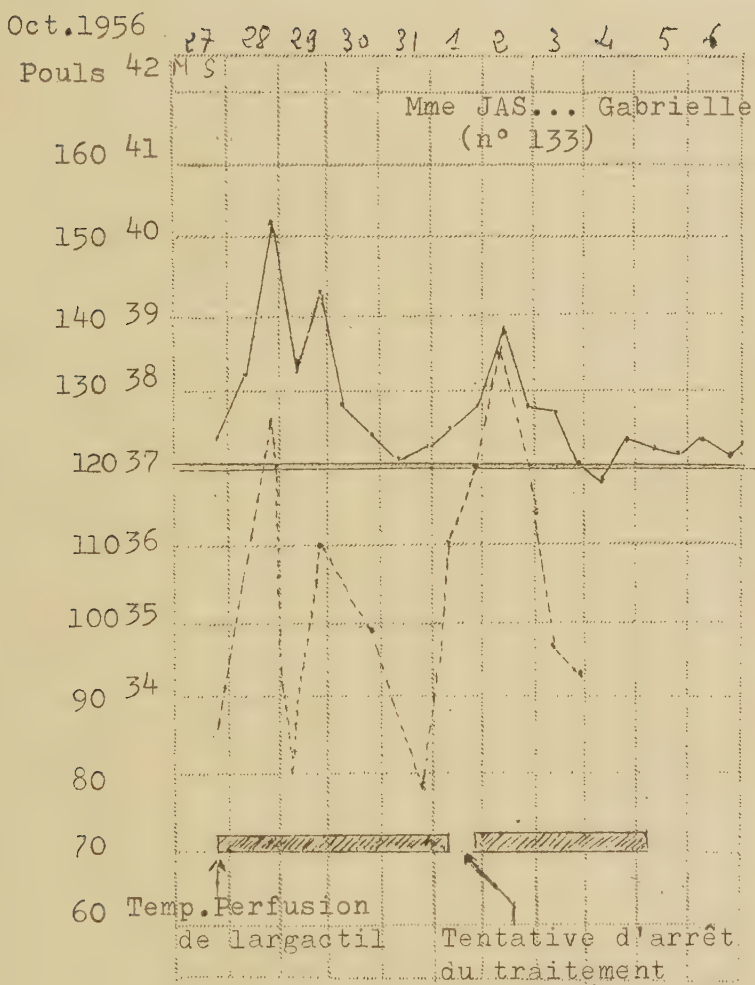
Mais, dans la soirée du 28, la fièvre s'allume ($39^{\circ}7$) ; le pouls monte à 120. Une agitation considérable s'installe accompagnée de hurlements, elle tente de mordre les infirmières qui l'approchent ; on note des mouvements d'agrippement.

Le 31, la température est redescendue à 37° sous la seule influence des perfusions de largactil, procaine, curéthyl. On tente, le 1er novembre, l'arrêt du traitement, mais le 2, la température remonte à 40° , le pouls à 140, en même temps que l'agitation, les cris et l'onirisme reprennent de plus belle. Reprise des perfusions pendant 4 jours.

La température et le pouls s'abaissent rapidement, le calme revient.

Par la suite, cure de désintoxication classique.

Pas de cure de dégoût au disulfirame, en raison de l'état hépatique insuffisant (Cholestérol 2,82 g - Prothrombine 75 % - Mac Lagan 13° - Hanger négatif).



3° Debut brutal : Ce mode de début est plus rare ; nous en avons été témoin chez quelques malades hospitalisés pour cure de désintoxication et qui ont présenté un delirium tremens quelques jours après l'entrée, malgré l'administration d'alcool glucosé hépatisé et de Vitamines du Groupe B. Généralement dans ces cas, le delirium semblait reconnaître pour cause le sevrage d'alcool.

En voici une observation :

OBSERVATION VII

PRE... René (n° 145) 46 ans - Canton de Montemboeuf.

Cultivateur entré le 12 janvier 1957, envoyé par son médecin pour cure de désintoxication, car sur un fond de troubles du caractère, il a présenté des crises de colère violente avec bris de meubles et menaces à l'égard de sa famille. Il se présente alors comme légèrement confus, un peu trémulant ; la température est à 37°, le pouls à 80.

Traitement institué : alcool glucosé hépatisé (Curéthyl 200 cm³ en 4 injections intraveineuses par 24 heures) + Vitamines B et notamment nicotinamide et adénine (Total : 2 ampoules I.M. par jour) + largactil (4 ampoules à 0,025 g I.M. par jour). Ce traitement semble suffisant puisque le malade dort de façon parfaitement calme les nuits du 12, du 13, du 14 et même du 15 janvier. L'état confusionnel s'estompe progressivement.

Brusquement, le 16 à 4 heures du matin, la température s'élève, quoique modérément, le pouls monte à 130. A 6 heures, le malade hurle qu'il voit de l'eau partout, croit qu'une rivière a débordé, voit les flots bouillonnants monter à une vitesse prodigieuse et menacer de l'engloutir ; il sort de son lit tout d'un coup et, doué d'une force physique considérable, en proie à une terreur panique décuplant cette force, se met à secouer son lit, en tord les barreaux de fer, en casse même un, croyant sans doute que c'est une barricade qui l'empêche de fuir.

Il faudra une escouade d'infirmiers pour le maîtriser.

On met alors en route une perfusion de largactil-scurocaïne.

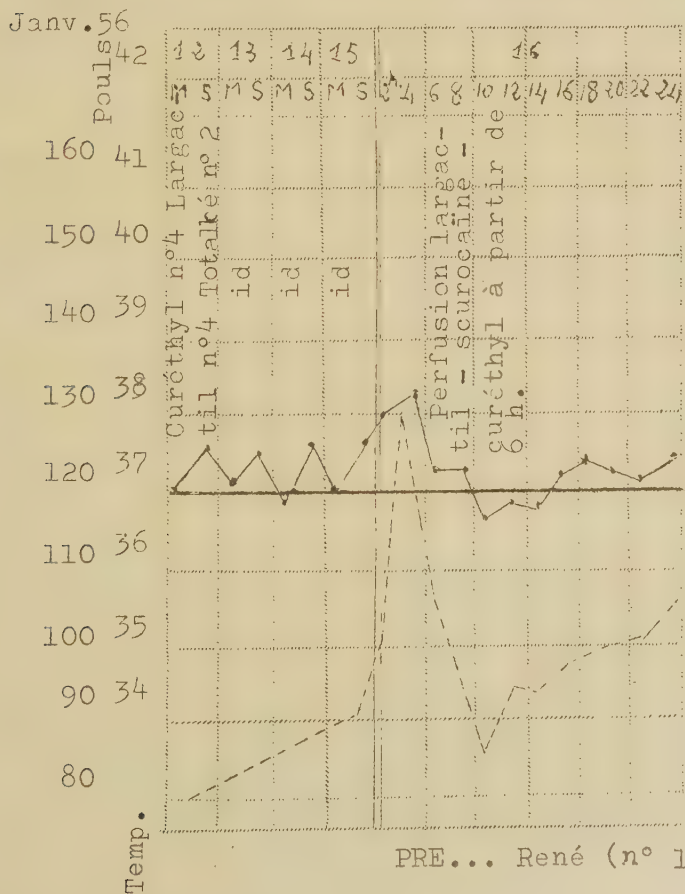
Ce délirium évoluera favorablement par la suite en 9 jours.

Cure de désintoxication. Cure de dégoût au disulfirame.

o

La courbe de température de cette observation met une fois de plus en évidence la considérable accélération du pouls contemporaine du début de l'accès.

Nous en avons extrait la partie qui nous intéresse. La température est prise matin et soir les 4 premiers jours, toutes les deux heures le cinquième. Le pouls n'avait pas été noté entre le moment de l'entrée et la soirée du 15.



En définitive, qu'il soit progressif ou brutal, le début du delirium tremens s'il n'est pas facile à distinguer, d'après les troubles psychiques et psychomoteurs, de la bouffée confuso-onirique, semble pouvoir en être distingué surtout par les signes généraux, élévation modérée de la température, accélération considérable du pouls, sueurs profuses.

Ces faits peuvent être étayés par un argument statistique.

Nous avons noté en effet la température et le pouls des malades, à l'entrée pour ceux qui arrivaient en phase de delirium confirmé, au début de la maladie pour ceux qui la commençaient après l'hospitalisation et nous avons trouvé les chiffres suivants :

Température (sur 163 cas)

moins de 37°5	: 39 malades, soit 25 % environ
de 37°6 à 38°5	: 91 malades, soit 55 % environ
plus de 38°5	: 33 malades, soit 20 % environ

Pouls (sur 157 cas)

moins de 90	: 34 malades, soit 22 % environ
de 90 à 110	: 73 malades, soit 45 % environ
plus de 100	: 50 malades, soit 33 % environ.

PERIODE D'ETAT

Depuis l'introduction en thérapeutique des médicaments neuroleptiques, la description du delirium tremens en période d'état s'est modifiée.

La richesse, l'ampleur, le côté pittoresque et spectaculaire des troubles mentaux sont, en particulier, notablement amoindris. Les

troubles moteurs, eux, sont comme amollis. Par contre, les signes généraux ne sont pas rapidement influencés.

1 - Les troubles psychiques

La confusion mentale reste toujours au premier plan ; la conscience est désintégrée de façon plus ou moins profonde ; la désorientation temporo-spatiale est généralement complète.

COIRAULT et LABORIT insistent sur le fait que ce syndrome subit des variations d'intensité fluctuantes au cours de l'évolution de l'affection, et qu'"y manquent l'apparence de perplexité et l'impression d'effort pour sortir de l'abîme confusionnel".

On considère généralement la confusion mentale comme l'état de fond sur lequel se greffent des idées délirantes engendrées par les hallucinations. L'observation des malades semble montrer au contraire que ce sont les hallucinations qui sont le point de départ et que, pris par le jeu, le malade voit défiler des images contradictoires le transportant de façon si rapide d'un lieu à l'autre, d'une époque à l'autre, que la désorientation s'ensuit forcément le plongeant dans la confusion de façon rapide.

Quoi qu'il en soit, l'activité hallucinatoire est très grande et peut toucher toutes les sphères sensorielles. La sphère visuelle est certes la plus atteinte d'où l'appellation de "délire onirique", classique depuis REGIS et rappelant que les hallucinations sont souvent dérivées de l'activité de sommeil ; les hallucinations hypnagogiques sont, en effet, particulièrement recrudescences à la tombée du jour. Les thèmes principaux sont constitués

50
d'une part de visions d'animaux féroces, horribles, répugnants (zoopsies) ou de plantes envahissantes, grimpantes, enlaçantes (TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS) de scènes terrifiantes d'incendies, inondations, précipices, d'autre part de scènes professionnelles.

Les hallucinations tactiles sont moins fréquentes mais elles ont aussi la caractéristique d'engendrer la frayeur ; ce sont des impressions d'être griffé, brûlé, mouillé, mordu, etc...

Les hallucinations auditives sont peut-être moins rares qu'on ne le dit classiquement ; nombre de malades tendent l'oreille, jettent des réponses ; mais il semble que ce soient surtout des bruits familiers ou des voix de personnes connues qui leur parviennent.

Enfin les mouvements de mâchonnement fréquemment observés reconnaissent peut-être pour une part dans leur genèse l'existence d'hallucinations gustatives ou olfactives.

Aux hallucinations proprement dites, il faut ajouter les illusions dont sont victimes les malades : presque toujours il s'agit de déformations dans une perspective professionnelle. Ainsi un des malades que nous avons observé tirait de ses deux mains sur le plâtre qui enserrait sa jambe cassée et comme nous lui demandions ce qu'il faisait, il nous répondit "j'arrange le tuyau...". Un autre voyait le flacon de perfusion enfler et prendre les proportions d'une énorme bonbonne. Un troisième attirait la chaise placée près de lui la prenant pour une charrue. Un autre encore tapait sur la cloison qu'il voyait transformée en charpentes.

Le délire induit par ces phénomènes psycho-

sensoriels est évidemment aussi polymorphe que ceux-ci sont mouvants ; il est donc non systématisé ; mais surtout il engendre des actes en rapport avec les idées délirantes et de ce fait est qualifié de délire d'action. Les malades, en proie à une agitation extrême, sont constamment en train de mimer des scènes dont ils sont les acteurs. De ce délire ils peuvent être tirés de façon éphémère par de fortes invigorations verbales, mais pour être aussitôt replongés dans leur activité onirique.

Avec MICHAUX et BUGÉ (81) nous pouvons résumer ce tableau en disant que :

- 1 - le délire onirique est un délire de rêve.
- 2 - L'onirisme s'allie à la confusion mentale.
- 3 - Les thèmes de l'onirisme sont empruntés aux préoccupations de veille, comme de rêve des alcooliques chroniques.
- 4 - L'onirisme est alimenté par des troubles psychosensoriels.
- 5 - Ces troubles sont des hallucinations et des illusions.
- 6 - L'essence de l'onirisme, principalement psychosensorielle, est accessoirement imaginative.

2 - Les troubles psycho-moteurs.

Le délire d'action s'accompagne d'une importante agitation et, même sous neuroplégie, la dépense physique de ces malades incessante de jour et de nuit, était parfois extraordinaire. On les voyait, par exemple, tirer sur les entraves (dont il était impossible de se passer) donner des coups de pied ou de tête à longueur de journée, et parfois pendant plusieurs semaines.

Un tremblement intense à grandes oscilla-

tions, faisant parfois vibrer le lit et, autrefois qualifié de pseudopalustre, rend la dépense musculaire presque constante.

Enfin, il s'y associe un fin tremblement des extrémités et de la langue.

COIRAULT et LABORIT insistent sur l'existence de ces mouvements de succion, d'agrippement, de mâchonnement que nous avons en effet presque toujours observés, mais uniquement chez des malades traités depuis quelques jours; en aucun cas, il ne nous ont paru présents au début d'un delirium tremens. Ils sont automatiques et le fait qu'ils surviennent après le début nous incite à penser qu'ils reconnaissent peut-être une origine sous-corticale, l'activité inhibitrice du cortex étant en quelque sorte "émoussée" au bout de quelques jours. Nous pourrions y ajouter les mouvements de flexion et d'extension des orteils qui sont parfois le seul symptôme résiduel de l'agitation chez les sujets traités par l'hydroxydione, ainsi que les mouvements des globes oculaires qui en imposent parfois pour un nystagmus (et si ce pseudonystagmus peut être envisagé sous le même angle pathogénique que les mouvements ci-dessus décrits, cela étayerait l'hypothèse de l'origine sous-corticale de ces mouvements).

La parole, dysarthrique, chevrotante et empêtrée au début de la maladie devient vite difficilement compréhensible, nasonnée. Tous ces troubles peuvent persister très longtemps, et la résistance des sujets paraît parfois étonnante, mais il n'est pas surprenant qu'à la fin de l'accès, les malades apparaissent amaigris, les membres ayant littéralement "fondus".

3 - Les troubles généraux

La température est strictement liée à l'évolution de l'accès de delirium tremens, à moins bien entendu, qu'une infection intercurrente ne vienne en compliquer le cours.

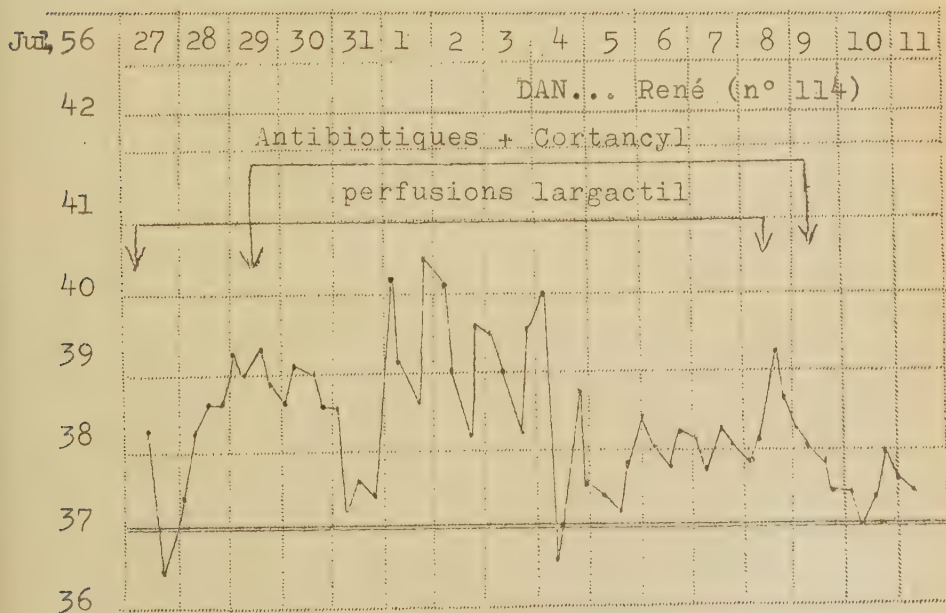
La caractéristique de la courbe thermique est son instabilité extrême, les variations au cours de la même journée chez le même malade pouvant atteindre 3, 4, voire 5 degrés centigrades.

Voici, à titre d'exemple, une courbe où nous avons noté la température à 6 h - 12 h - 18 h et 22 h chaque jour.

OBSERVATION VIII

DAN... René - 51 ans - Cultivateur - Canton d'Hiersac. Entré le 27 juillet 1956 - Service Libre (n° 114).

Delirium tremens ayant évolué favorablement en 12 jours sous l'influence de la chlorpromazine en perfusions veineuses. Les antibiotiques et la delta-cortisone administrés après 48 heures d'évolution n'ont eu aucune influence sur la courbe de température



Mais cette instabilité n'est pas toujours bien objectivée par la prise quotidienne de la température. Aussi celle-ci est-elle notée toutes les deux heures dans le Service du Docteur Mathey qui nous a fait remarquer que la courbe thermique des malades était souvent en rapport avec des variations de conditions météorologiques, la chaleur, la sécheresse et surtout la baisse de pression atmosphérique étant des facteurs favorisant l'hyperthermie.

Voici la courbe d'un delirium ayant évolué pendant 22 jours sous neuroplégie.

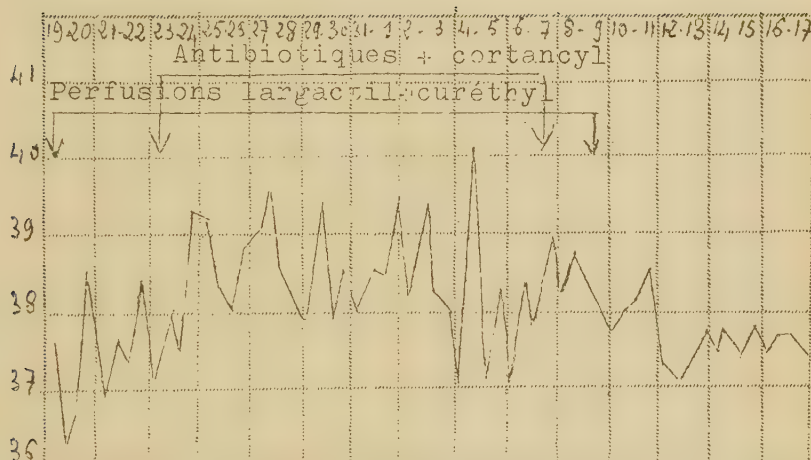
OBSERVATION IX

MAI... Pierre (n° 103) - 44 ans, Cultivateur. Canton d'Hiersac. Entré le 19 juin 1956.

Delirium tremens ayant évolué pendant 22 jours chez un sujet atteint de myocardite éthylique (bruits cardiaques très assourdis, oedèmes malléolaires). L'administration préventive d'antibiotiques n'amène pas de modifications de la courbe, non plus que celle de delta cortisone. Perfusions veineuses de largactil - scurocaïne - curéthyl.

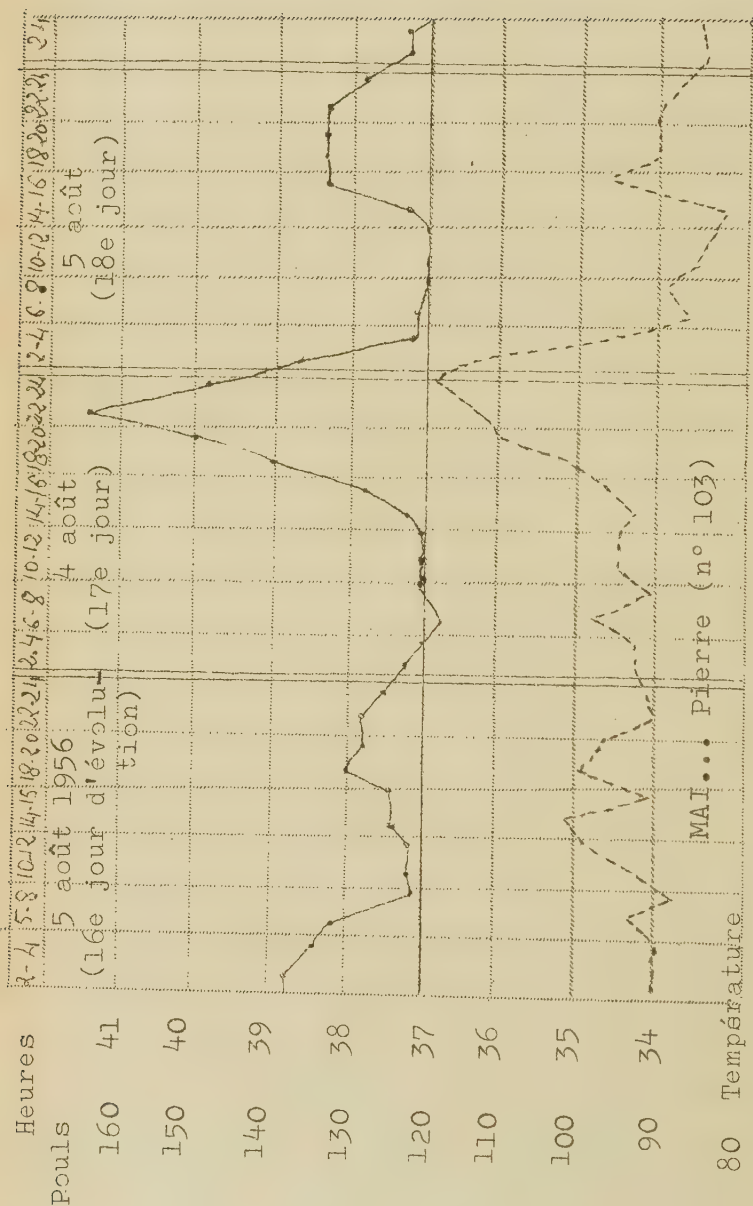
Puis cure de désintoxication classique (strychnine, vitamine B, extraits hépatiques) Pas de cure d'antabuse en raison de l'état cardiaque.

Juil. 1956



MAI... Pierre (n° 103)

Mais, prise toutes les deux heures, cette courbe est bien plus extraordinaire. Nous en avons extrait la partie suivante, où l'on voit le 4 août la température monter de 4°5 en dix heures pour redescendre à 37° en 7 ou 8 heures ; précisons qu'il faisait ce jour-là un temps orageux avec une chaleur accablante.



Cette observation n'est pas exceptionnelle et nous avons observé chaque fois que le temps était orageux des poussées thermiques parfois aussi impressionnantes et toujours aussi éphémères.

Mais nous avons également observé des hypothermies jusqu'à 34 ou 33° dans des cas de delirium gravissime compliqués de crises convulsives. Ces malades étaient généralement profondément obnubilés et ces faits correspondent peut-être à ce que MARCHAND et COURTOIS avaient décrit sous le nom de "forme avec torpeur d'emblée".

Le pouls, en dehors de la période de début où il est accéléré, ne présente pas de caractéristique particulière. Il suit les variations de la température ; il est donc instable comme celle-ci mais constamment en rapport avec elle.

La tension artérielle est souvent abaissée de façon relative et transitoire par les neuroplégiques.

Dans un nombre non négligeable d'observations, où une atteinte myocardique était associée, la TA se pinçait et un état de collapsus s'installait parfois, les perfusions veineuses venant aggraver un équilibre psychique déjà précaire.

Le syndrome de déshydratation est parfois impressionnant : la langue est rôtie, fendillée, recouverte d'un enduit blanchâtre (la classique langue de perroquet), la peau est sèche et écailleuse, une sudation abondante recouvre visage et poitrine, une polypnée est parfois notée en dehors de toute atteinte pulmonaire ; nous n'avons pas rencontré fréquemment l'oligurie des auteurs classiques ; les globes oculaires sont hypotoniques.

Le gâtisme est complet et nous ne l'avons jamais vu manquer. Il impose au personnel infirmier un travail important et peu agréable. Nous ne le voyons signalé dans aucun ouvrage ; son importance nous paraît grande pourtant, car il manque toujours au cours de la simple bouffée confuso-onirique d'une part et d'autre part il pose de graves problèmes dans la prophylaxie des escarres. Il est enfin le témoin de la profonde atteinte encéphalitique, le contrôle des sphincters étant aboli.

Le faciès prend rapidement une teinte cireuse, les joues se creusent, les muscles fondent et l'on voit les malades maigrir à une rapidité parfois alarmante.

Les yeux sont fréquemment atteints de conjonctivite : paupières collées, injection conjonctivale et parfois périkeratique, suppuration jaunâtre des bords palpébraux, nécessitant des lavages et l'instillation de collyres antiseptiques.

Il existe une analgésie importante et nous avons pu inciser un abcès ou pratiquer une saignée au bistouri sans provoquer le moindre geste de défense. Les classiques signalaient d'ailleurs que ces malades se cognaien^t et se blessaien^t sans s'en apercevoir et qu'ils étaient de ce fait couverts d'ecchymoses.

La sitiophobie et le refus d'aliments sont très souvent observés et contrastent singulièrement avec la déshydratation et l'amaigrissement.

Enfin l'insomnie est constante et peut-être totale pendant plusieurs semaines.

4 - Syndrome biologique

Classiquement, on trouve souvent une albuminurie, une glycosurie ou une acétonurie ; ces perturbations ne sont pas le fait du delirium tremens mais elles sont à rapprocher des observations de LECOQ qui signale leur fréquence chez les alcooliques chroniques et leur disparition sous l'influence d'une cure de désintoxication (59, 60).

Par définition, on ne trouve pas d'hyperazotémie, puisque nous avons éliminé les observations qui la mentionnent.

On a signalé depuis longtemps la baisse de la réserve alcaline à 40-45 volumes.

Le taux de prothrombine très abaissé est surtout, probablement, le reflet de l'insuffisance hépatique. Il explique la fréquence des hémorragies.

Le delta cryoscopique montre une hypotonie plasmatique.

Mais ce sont surtout les troubles électrolytiques qui sont au premier plan depuis les travaux considérables de LABORIT, COIRAULT et coll.

Ces auteurs ont noté que le chlore et le sodium sont peu modifiés dans le sang, que le potassium est très abaissé ainsi que le magnésium.

Mais surtout, ils ont montré l'existence d'une augmentation du potassium intra-cellulaire (hyperkalicytie) et du rapport potassium intracellulaire potassium extracellulaire grâce à l'artifice du rhéotome électronique.

Avec cet appareil, ils ont établi l'existence d'une hyperexcitabilité musculaire et d'une

hypoexcitabilité nerveuse globales.

EVOLUTION - COMPLICATIONS.

Nous n'avons pas l'expérience de l'évolution spontanée de l'accès de delirium tremens. Les auteurs classiques décrivaient cette évolution comme courte, n'excédant guère 3 ou 4 jours, et plus courte encore lorsqu'elle était mortelle, l'exitus survenant alors parfois en quelques heures.

Sous neuroplégie, il semble que la durée de l'accès soit notablement plus prolongée. Sur la présente série de 163 malades, elle a été de 10,3 jours en moyenne avec une évolution de 28 jours dans un cas.

La mortalité, elle, était extrêmement variable selon les auteurs.

Il semble pourtant que le delirium tremens franc était grevé d'une lourde mortalité. Pour avoir un chiffre de comparaison, nous avons repris les observations des malades admis à l'hôpital en 1950 et 1951, époque à laquelle la thérapeutique utilisée était la méthode de COSSA. Pendant ces deux années il était entré 28 delirium (dont 2 femmes) et il y avait eu 16 décès soit 57 %.

Dans la présente série, nous avons 46 décès sur 162 malades, soit 28,4 %.

Mais cette mortalité est assez différente selon la provenance du malade et la qualité de la boisson qu'il a ingérée comme nous l'avons vu au chapitre étiologie.

Nous avons eu en effet les chiffres suivants :

	Nombre de cas	Décès	%	Soit en gros
Intoxication type rural avec produits de cépages prohibés	64	22	34,41	1 décès sur 3
Intoxication type urbain (apéritifs, etc...)	41	12	29	1 décès sur 4
Intoxication type rural avec vins ordinaires	57	12	21	1 décès sur 5
Total	162	46	28,4	

D'autre part, l'exitus est très nettement plus fréquent chez les sujets qui ont présenté des complications graves au cours de leur accès. Sur 46 décès, 33 sont survenus chez des sujets ayant présenté des complications graves (71 %) et 13 seulement (soit 29 %) dans des cas non compliqués. Il est donc difficile de faire la part de ce qui revient au delirium dans cette mortalité.

Ces complications ont été les suivantes (nous n'avons pas compté comme "complication" les affections causales tels les traumatismes ou pneumopathies qui cependant interviennent aussi pour aggraver la maladie).

	Nombre de cas	Décès
- Myocardite éthylique(2 cas) * et collapsus cardiovasculaires	7	3
- Insuffisance cardiaque	6	4
- Oedème aigu du poumon	5	5
- Cirrhose hépatique avec oe- dème et ascite *	10	2
- Hématémèse, hémorragie diges- tive	9	7
- Occlusion intestinale	2	1
- Etat comateux avec troubles centraux (dyspnée de Cheyne- Stokes... etc...)	4	4
- Crises convulsives	15	6
- Rechute grave	4	0
- Etat général précaire (un anus iliaque - une maigreur cachectique)	2	1
- Divers (une pleuropéricardite, une polynévrite ascendante)	2	0
	<u>65</u>	<u>33</u>

* un sujet cirrhotique qui a présenté un état de collapsus et qui a guéri.

Sur ces 65 cas compliqués, nous avons donc 33 décès (soit 50 % environ) et 32 guérisons (50 %).

Enfin ces complications sont plus nombreuses chez les sujets buveurs de produits toxiques comme le montre le tableau suivant :

	Nombre de cas	Compli- cations	%
Intoxication type rural avec produits de cépages prohibés	64	30	43,75
Intoxication type urbain	41	14	34
Intoxication type rural avec vins	57	21	36,8
Total	162	65	40,75

Nous pouvons en définitive dresser le tableau récapitulatif suivant :

Sujets ayant présenté des complications et guéris	32	50% des cas compliqués	} 65 com- plica- tions 46 décès sur un total de 162 malades
Sujets ayant présenté des complications et décédés	33	50% des cas compliqués 70% des décès	
Sujets décédés sans complications	13	30% des décès	

Dans les cas favorables la fin de l'accès est étonnante par la rapidité du retour à la normale. Tel malade, agité, transpirant, hyperpyrétique, confus, halluciné depuis 10 ou 15 jours, est retrouvé un beau matin souriant, répondant de façon adaptée alors que la veille encore son état paraissait alarmant. Le sujet a perdu totalement la mémoire de ce qui s'est passé pendant son delirium ; il s'endort profondément et ce sommeil, parfois encore troublé d'hallucinations hypnagogiques à son début, pourra s'étendre sur plusieurs jours, interrompu seulement par les repas.

Dans les cas d'évolution défavorable, l'exitus peut survenir, lui aussi, de façon rapide. Un état comateux s'installe accompagné de troubles végétatifs de type central (dyspnée sine materia de type Cheyne Stokes ; poussée d'hypertension brutale, accélération du pouls ou bradycardie, et surtout hyperthermie progressive) chez un sujet qu'on a vu deux ou trois heures plus tôt vociférant et en proie à une agitation violente. Les extrémités se cyanosent, un collapsus survient parfois et le décès se produit en moins de 24 heures. En voici une observation :

OBSERVATION X

SOU... Louis, 52 ans, (n° I46) entré le 12 janvier 1957 - Retraité - Canton de Ruffec.

Ancien traumatisé du crâne, hospitalisé pour cure de désintoxication banale.

Traitement institué : curéthyl intraveineux (4 injections de 50 cm³ par jour puis doses dégressives) et largactil intramusculaire (4 injections par jour, puis doses dégressives). Le 7ème jour, arrêt du curéthyl ; reçoit 10 mg de strychnine, extraits hépatiques, vitamines B. Le 10ème jour, débute brusquement

un delirium tremens franc qui évoluera en 12 jours avec grande instabilité thermique (température max. 38° 5, minimum 34° 8).

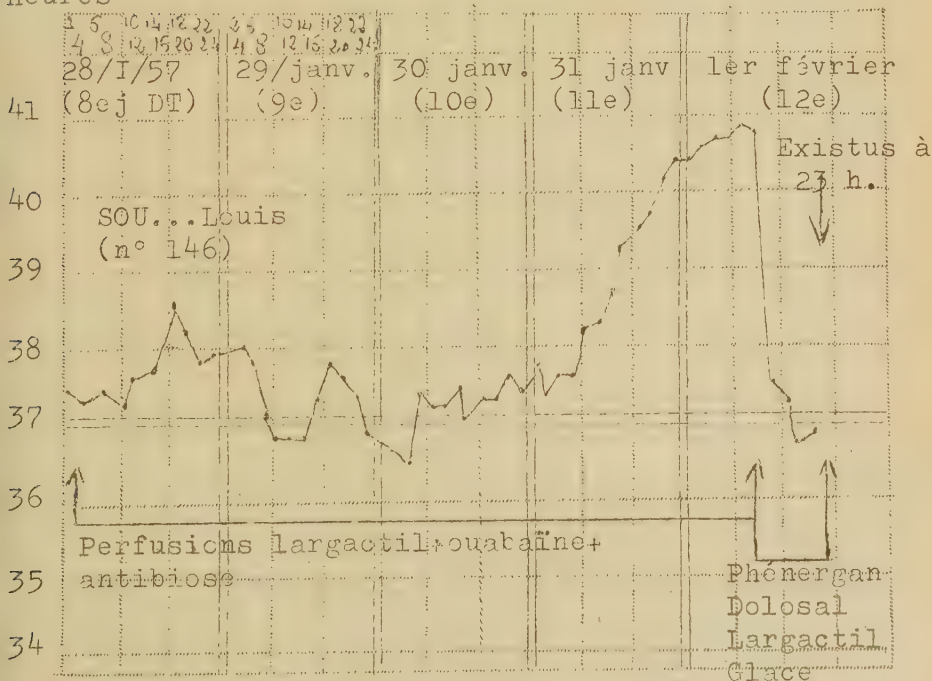
Dès le début de l'accès, mis sous neuroplégie avec ouabaine IV et antibiotiques.

Le 11ème jour, la température monte progressivement pour atteindre 41°.

Le lendemain à 12 heures, état comateux, dyspnée de Cheyne-Stokes, pouls à 130, chute de TA (de 13/8 à 10/7). On essaye d'utiliser le mélange lytique M1 de LABORIT, mais si la température descend, les troubles centraux s'accroissent et le malade décède le 12ème jour de l'accès.

Voici la courbe de température des cinq derniers jours, prise toutes les deux heures :

Heures



Parfois l'exitus a lieu après plusieurs jours d'un état comateux. Dans certains cas enfin, la cause du décès est difficile à établir, une complication intercurrente étant venue aggraver le pronostic et modifier brusquement un tableau qui semblait devoir évoluer favorablement. La mort cardiaque dans le delirium est à rapprocher des observations semblables chez les cirrhotiques telles que les décrivent COURBIN et STEPHEN (26).

Mais, malgré l'apparence d'intégrité physique que donnent les malades sortis d'un delirium tremens, ils sont en fait pour la plupart diminués sur le plan somatique et psychique. Il leur faudra plusieurs semaines de vitaminothérapie et de régime carné avant de recouvrer leurs forces et, encore, plusieurs d'entre eux ne retrouveront-ils jamais le galbe de leurs membres amyotrophiés .

Beaucoup restent confus pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines. Quelques uns d'entre eux même présentent un syndrome confuso-déméntiel définitif avec bradypsychie, pauvreté de l'idéation, du raisonnement et du jugement, diminution de l'attention, perte du sens moral et de l'intérêt affectif, inconscience de leur état, parfois même gâtisme.

"L'idée fixe post-onirique" de REGIS représente, peut-être, une forme mineure de cet état démentiel ; nous n'avons par contre, pas observé de délires hallucinatoires secondaires dans cette série de malades. Dans deux cas, à cet état démentiel, s'ajoutait une polynévrite qui contribuait à former un tableau évoquant la psychose de KORSAKOFF.

Nous n'avons retenu , comme séquelles graves, que les cas où, après deux mois de vitamino-

thérapie et strychnothérapie, les sujets semblaient présenter des troubles en quelque sorte "fixés".

Elles se répartissent ainsi :

Polynévrite : 3 cas.

Syndrome confusionnel et confuso-démentiel : sept cas.

Syndrome confuso-démentiel avec polynévrite : deux cas.

Si nous y ajoutons la décompensation, survenue au cours de la convalescence d'une cirrhose, nous avons 13 séquelles graves, soit environ 10 % des sujets guéris de leur delirium tremens.

FORMES CLINIQUES

1 - La forme de la femme, autrefois considérée comme rare et nettement plus bénigne que celle de l'homme, ne nous a paru présenter de caractéristiques propres. Nous en avons 16 cas traités par méthodes neuroplégiques avec six décès (37,5 %) ; leur gravité semblerait même plus grande que chez l'homme où la mortalité n'atteignait que 28 %. Mais ce qui nous paraît spécial à la femme, c'est la fréquence d'une cirrhose associée : nous en trouvons 8 cas soit 50 % ce qui est une proportion énorme. En voici une observation :

OBSERVATION XI

Madame MAZ..., 35 ans - tenancière de café - Canton de Jarnac - Entrée le 3 avril 1957 (n° 153) - Service Libre.

A été traitée un an auparavant pour cirrhose. Entre en delirium franc avec température à 38°, pouls à 120. Tremblement généralisé, tré-mulations fines des extrémités.

Agitation psycho-motrice avec réactions de colère, se débat contre un ennemi imaginaire, lance des ordres impératifs (va chercher de l'eau et vite !) Mouvements nystagmiformes des yeux.

Onirisme terrifiant avec réactions de fuite. Sudation, déshydratation. Courbe thermique désarticulée.

Cirrhose hépatique avec circulation collatérale, oedèmes malléolaires, ascite en voie de formation, hématomes aux points d'injection, hémorragies gingivales.

D'autre part, ictère franc avec pigments urinaires, selles décolorées.

Evolution favorable en 9 jours sous l'influence de la chlorpromazine intraveineuse en association avec acide glutamique IV - (glutamag 50 cm³ 2 fois par jour) - hydrocortancyl (40 mg) et antibiotiques.

Puis cure de désintoxication classique avec strychnine à doses dégressives, vitamines B ; extraits hépatiques, facteurs lipotropes. Mais décompensation de la cirrhose avec ascite importante. Envoi en gastro-entérologie.

o

2 - Les formes compliquées n'ont pour caractéristique que leur plus grande gravité que l'on comprend aisément,

Il faut cependant faire une place à part aux formes où s'associent des crises convulsives, car celles-ci apparaissent le plus souvent en dehors d'une comitialité connue et l'électroencéphalogramme pratiqué après guérison et cure de désintoxication ne montre alors aucun signe d'activité bioélectrique paroxysmique ; la plupart des tracés montrent au contraire avec des rythmes moyens un voltage très faible, à tel point que pour une sensibilité de l'appareil à 50 microvolts on a parfois

l'impression de voir s'inscrire des lignes droites et ceci même après stimulation par hyperpnée, lumière intermittente ou cardiazol (appareil G. PETIT à 11 plumes).

D'ailleurs, après guérison, ces crises convulsives ne se reproduisent plus.

3 - Des formes à rechute peuvent être isolées. Nous n'avons retenu comme telles que quatre observations où la rechute s'est produite plus d'une semaine après une apparence de guérison totale. Au cours de ces rechutes le tableau est en tous points semblable à ce qu'il était lors de l'accès initial, y compris la brusque accélération du pouls du début d'un accès.

Dans un cas, cette rechute s'est produite 21 jours après guérison apparente du delirium (Observation n° 132 - ALL... Fernand).

4 - Mais, avec notre Chef de Service, le Docteur MATHEY, nous pensons qu'il faut surtout isoler une forme des buveurs de produits toxiques (Noah, Othello, et autres cépages interdits).

Cette forme est caractéristique par la fréquence des crises comitiales (9 cas sur 64 soit près de 15 % alors que pour les 98 autres cas nous observons seulement 6 fois des crises comitiales (soit environ 6 %), la fréquence plus grande des complications et enfin la plus grande mortalité. La gravité de cette forme ne devrait-elle pas inciter le législateur à une plus grande sévérité dans l'application des arrêtés qui chaque année prescrivent l'arrachage de ces plants ?

ETUDE THERAPEUTIQUE

-:-

Déjà lors de sa première description en 1813 SUTTON signalait que le delirium tremens était curable, par l'opium (113). LUTON, de REIMS, en 1873, fut le premier à utiliser la strychnine à fortes doses. TROUSSEAU donnait 5 à 10 centigrammes d'opium toutes les heures et de la digitale pour "favoriser les éliminations". LANCEREAUX préférait le chloral. Mais c'est à MAGNAN (1874) que revient le mérite d'avoir stigmatisé l'emploi des moyens de contention brutaux et d'avoir insisté sur le climat psychologique nécessaire au traitement de ces malades ; il faisait administrer en outre des bains tièdes et des lavements froids, cependant que LETULLE (1896) donnait des bains froids.

BROCA en 1899 décrivit une thérapeutique qui est, peut-être, l'ancêtre de l'éthylothérapie : il injectait à ses malades du sérum de cheval à qui l'on avait fait absorber de l'alcool pendant des mois ; cette "antiéthylène" n'était-elle pas tout simplement de l'alcool dilué dans le sérum de cheval ? LEGRAIN par contre en 1900 déclarait nécessaire le sevrage "même dans le delirium tremens le plus aigu". PAGNIEZ et CHATON reprirent la strychnothérapie en 1931 et la codifièrent de façon scientifique ; cette méthode fut bien mise au point par COSSA en 1938 ; il préconisait des doses allant jusqu'à 1 ou 2 centigrammes par heure. BRUEL et LECOQ (1939) montrèrent le rôle favorable de l'injection intraveineuse à doses dégresives d'alcool glucosé hépatisé. LECOQ reprit

la question et enrichit la méthode en y ajoutant les vitamines du groupe B que GOUDE et GIRARD administraient déjà en 1936. Mais les expériences de LECOQ enseignaient surtout l'utilité des vitamines B3 et B4 (couple nicotinamide - adénine) nécessaires à la catabolisation de l'alcool éthylique (60). DELMAS-MARSALET en 1942 prescrit le sulfate de magnésie hypertonique à 15 % en injections intraveineuses à doses dégressives pour lutter contre l'oedème cérébral qu'il trouvait présent dans 40 % des cas (29). MACAUD, en 1949, utilisait les amphétamines (75). J.A. SMITH, en 1953, ouvrit l'ère des thérapeutiques modernes, en installant des perfusions d'ACTH (111). L'utilité de la corticothérapie sera démontrée en 1955 par LABORIT (la cortisone ayant pour rôle de favoriser la fuite du potassium intracellulaire). En 1954, de nombreux auteurs publient les excellents résultats dus à la chlorpromazine (KAMMERER (43, 44, 45, 46), LETAILLER (73), MIRAILLE (82), RISER (105), etc... cependant que NEVEU emploie avec un succès non moins remarquable l'électro-choc (88) de même que THIEBAUX (114).

Enfin, en 1955, COIRAULT et LABORIT, après de considérables études biologiques, mettent au point l'utilisation de l'hydroxydione médication à la fois stéroïde et narcotique (49). Mais AVOL et VOGEL (2, 3) publiaient en même temps leurs premiers essais d'emploi de la réserpine ; cette thérapeutique reprise en FRANCE par CACHIN (12, 13) d'une part et LEREBoullet (63, 68 et 69) d'autre part (1956) leur paraît supérieure, en tous cas plus commode que l'hydroxydione.

Actuellement, trois méthodes semblent donc se partager la faveur des différents auteurs : sismothérapie, neuroplégie (chlorpromazine ou réserpine) et stéroïde anesthésique.

Après une étude des deux premières méthodes et de leurs résultats comparés avec ceux de la strychnothérapie nous nous étendrons un peu plus sur la troisième, actuellement employée dans le Service du Docteur MATHEY. Mais, auparavant, nous voudrions insister un peu sur les conditions d'installation et d'entourage du malade.

CONDITIONS MATERIELLES

Si MAGNAN avait stigmatisé l'emploi de la camisole de force dans le delirium tremens, il avait aussi insisté sur le rôle néfaste de l'internement (et préconisé l'isolement en chambre capitonnée). La plupart des auteurs qui l'ont suivi sont d'accord avec lui sur ce point, aussi les lois et circulaires concernant le traitement des alcooliques prévoient-elles des dispositions qui permettent, chaque fois que cela est possible, d'éviter l'internement.

C'est dans cet esprit que le Docteur MATHEY a oeuvré pour favoriser l'admission de ces malades en service ouvert et ceci explique qu'à partir de 1956, presque tous ceux de notre Service aient été soignés en cure libre.

C'est dans une aile sans étage du pavillon constituant ce service libre qu'a été aménagée une salle ombragée dans laquelle se trouvent huit lits séparés par des cloisons isolant les malades les uns des autres ; chaque box est muni d'un dispositif d'éclairage individuel non éblouissant (MAGNAN avait déjà insisté sur l'utilité d'éclairer jour et nuit les chambres des sujets atteints de delirium tremens) permettant de faire la lumière pour un malade sans gêner les autres. Une salle de trois lits attenante à la précédente permet de dégager les sujets en voie de convalescence.

La surveillance des malades est ainsi facile en même temps que se trouvent remplies certaines exigences (éclairage, isolement, facilité d'entretien). Cette surveillance doit être de tous les instants une complication pouvant survenir de façon inopinée et foudroyante ; elle comporte, outre la prise du pouls et de la température toutes les deux heures (jour et nuit) la mesure bi ou tri-quotidienne de la tension artérielle, la notation des anomalies de la respiration, du volume des urines, de l'aspect des selles, l'inspection de l'état de la peau, le changement des draps dès qu'ils sont souillés ; pour les malades en perfusion, l'examen fréquent de la bonne position du trocart (les sujets pouvant au cours de leur agitation provoquer la sortie de l'aiguille hors de la veine) et le réglage du débit en fonction de l'intensité de l'agitation ou de la profondeur du sommeil (notamment lors de l'emploi de l'hydroxydione) ; enfin une attention constante à la laxité des entraves.

Les moyens de contention sont en effet impossibles à éviter de façon totale. Comment faire garder le lit à un malade en proie à une agitation forcenée et l'empêcher d'arracher ou de provoquer le déplacement de l'aiguille mise en place dans une de ses veines ? Il faut maintenir le sujet de façon suffisante mais cependant non traumatisante et tout en lui laissant une liberté relative. Pour ce faire, un bon moyen consiste à faire passer derrière le cou un drap roulé dans le sens de la longueur, qui revenant sur la face antérieure de la clavicule, passe ensuite sous l'aisselle et se fixe à une traverse du lit ; les pieds et les mains peuvent être maintenus à l'aide de bandes velpeaux à condition qu'elles soient relativement lâches et constamment surveillées (au besoin on peut introduire du coton entre l'en-

trave et le membre). De toutes façons ces moyens de contention doivent être aussitôt que possible abandonnés c'est-à-dire dès le retour à un calme relatif, même si cette accalmie n'est que de quelques heures, quitte alors à réinstaller ces liens si la nécessité s'en fait sentir.

C'est ici le lieu d'insister sur les qualités requises du personnel infirmier qui doit comprendre l'utilité d'une aussi étroite surveillance et d'un travail sans cesse à défaire et à refaire. Et nous tenons à rendre hommage à l'esprit d'équipe et au dévouement de tous les infirmiers du Service Libre, remarquablement formés par le Docteur MATHEY, avec l'aide de notre ami le Docteur TESTE, et à leur surveillant Monsieur SETRIN qui, par sa clairvoyance et l'amour de son métier, est un exemple et un entraînement constant pour son personnel.

La politique de surveillance et d'attentisme n'est heureusement pas la seule arme thérapeutique du delirium tremens. Nous envisagerons maintenant les thérapeutiques biologiques qu'on peut y opposer.

THERAPEUTIQUES NEUROPLEGIQUES

C'est en 1952, bien avant la parution des premières publications concernant l'emploi de la chlorpromazine dans cette affection que le Docteur TESTE avait, sous la direction du Docteur MATHEY, mis au point dans le service une méthode de neuroplégie, associant le 4560 RP et la procaine à l'alcool glucosé hépatisé. Après de multiples tâtonnements ils avaient établi les proportions de 50 mg de chlorpromazine pour 400 mg de procaine (soit une ampoule de largactil à 0,050 g pour 4 ampoules de T. Scurocaïne à 0,100 g) dilués dans

500 ml de sérum glucosé isotonique ; le débit de la perfusion intraveineuse installée à titre permanent, était réglé à la demande selon l'état d'agitation du malade. Quatre fois par jour on injectait dans le tuyau de perfusion 50 cm³ d'alcool glucosé hépatisé (Curéthyl A) dose qui était progressivement diminuée. Lorsque l'agitation ne cédaît pas, on doublait la dose de largactil.

La dose quotidienne reçue par les malades est difficile à préciser, le rythme d'écoulement du contenu de l'ampoule variant avec les sujets ; mais certains d'entre eux ont reçu 600 ou 800 mg de largactil par jour par voie intraveineuse.

La dose par cure est encore plus difficile à calculer, mais elle a pu atteindre 10 ou 15 grammes.

RESULTATS

Les signes cliniques, nous l'avons vu, ne sont pas rapidement transformés par cette thérapeutique, particulièrement les signes généraux.

Après quelques heures de mise en route, le malade est pris de somnolence mais celle-ci ne va jamais jusqu'au sommeil vrai ; l'agitation s'atténue sans disparaître totalement ; le tremblement persiste et surtout les mouvements automatiques d'agrippement, de succion, des mouvements nystagmiformes des yeux restent présents pendant très longtemps ; le délire onirique continue son cours par bouffées, aux moments où la somnolence diminue ; malgré l'apport liquidien, les signes de déshydratation persistent ainsi que le refus de s'alimenter et la sitiophobie.

Ce n'est que très progressivement que les symptômes régressent et l'évolution de l'accès se trouve ainsi prolongée (nous avons vu que cette évolution se fera en moyenne en 10 ou 12 jours mais parfois durera plus de trois semaines).

Il n'en reste pas moins que les résultats obtenus étaient fort encourageants puisque la mortalité qui était en 1950-51 de 57 % avec la strychnothérapie, était passée en 1955-56 à 28,4 %.

(Nous ne reviendrons pas sur les causes médiatees ou immédiates de cette mortalité, que nous avons envisagées au cours de l'étude clinique). Ce chiffre de 28 % paraîtra peut-être encore élevé ; mais nous devons tenir compte du fait que nos observations ont été sélectionnées avec rigueur, toutes celles ayant trait à des bouffées confuso-chiriques ayant été éliminées.

Les incidents les plus notables et les plus fréquents étaient la survenue d'une sclérose des veines ; mais celle-ci n'était jamais accompagnée de périphlébite et nous n'avons jamais eu à déplorer de phlébite vraie. Une hypotension modérée était souvent notée ; nous ne pensons pas que les six états de collapsus observés dans la présente série soient imputables à la chlorpromazine, mais qu'ils ont été le fait de myocordes insuffisants.

La rétention d'urines était un incident mineur ; les sondages stériles de vessie ne nous ont pas apporté de complications.

Plus grave était la survenue d'escarres sacrées, et ce, malgré une surveillance attentive, malgré le soin apporté à changer les

draps souillés, malgré un "nursing" au demeurant difficile à concilier avec la nécessaire contention. Dans la pathogénie de ces escarres, il faut peut-être faire intervenir l'état de dénutrition et surtout du manque d'apport de protéines et de la carence vitaminique qui sont le fait de tous les alcooliques chroniques.

Si certaines de ces escarres ont mis longtemps à se refermer, nous ne pensons pas, néanmoins, pouvoir leur imputer de décès.

La preuve de l'innocuité des moyens utilisés se trouve dans le fait que nous n'avons pratiquement jamais observé d'escarres aux régions de frottement de ces entraves improvisées.

Un seul type d'accident peut être mis sur le compte de ce traitement, c'est la survenue d'œdème aigu du poumon. Nous en avons, sur la présente série, cinq cas avec cinq décès (ceux-ci ne s'étant pas nécessairement produits immédiatement, les malades ayant pu survivre plusieurs jours à leur O.A.P.) ; dans la genèse de ces accidents, il faut sans doute incriminer la pléthore liquidienne chez des sujets dont le cœur était déjà quelque peu insuffisant ; mais peut-être eussent-ils pu être évités si nous avions pu nous appuyer sur les résultats d'un bilan électrolytique ?

Dans l'ensemble, ces accidents et incidents dûs à cette thérapeutique ne sont pas extrêmement importants ; les résultats en ont été encourageants. Dans 4 cas, l'électrochoc y a été associé avec des fortunes diverses.

LA SISMOTHERAPIE

Préconisée par divers auteurs américains, elle a été reprise en France par NEVEU (86, 88)

et THIEBAUX (114). Leurs premières publications faisaient état de résultats remarquables (mortalité nulle) ce qui incita notre chef de Service, le Docteur MATHEY, à en tenter l'application.

Deux des quatre malades traités de cette façon furent guéris de façon radicale et spectaculaire. Voici leurs observations résumées:

OBSERVATION XII

ALL... René, 36 ans, manoeuvre, Canton de SAINT-CLAUD - Entré le 15 février 1956 - Service Libre (n° 77)

Delirium tremens déclenché à l'occasion d'une pneumonie.

A l'entrée, température à 38°5 ; pouls à 115.

Traitement mis en oeuvre : perfusions largactil - procaine - curéthyl et antibiotiques.

Evolution pendant 8 jours sans aucune amélioration. Le 8ème jour on pratique une séance d'électro-choc. Le lendemain, la température est à 37°, les signes mentaux et psychomoteurs ont disparu.

Cure de désintoxication, cure de disulfirame. Part guéri.

OBSERVATION XIII

CAZ... Henri, 29 ans, employé - Canton d'Angoulême - Entré le 22 février 1956 - Service Libre (n° 79)

Onirisme nocturne depuis deux jours. Cause déclenchante inconnue.

A l'entrée, delirium tremens franc. Mis sous neuroplégie. 24 heures plus tard, on pratique une séance d'électro-choc. Le lendemain (3ème jour) le delirium est absolument terminé.

Cure de désintoxication et de dégoût à l'antabuse.

o

La troisième observation fait état d'un décès ; il s'agit d'un sujet qui présenta des hémorragies abondantes ; l'électrochoc joua-t-il un rôle dans la genèse de cet accident ? Cela apparaît comme peu probable ; la littérature concernant la sismothérapie dans ses autres indications, ne semble pas avoir jamais mentionné de faits semblables. Nous pensons plutôt que de toutes façons ce buveur de Noah au foie très insuffisant aurait fait les frais de son hématomé et de son hémorragie digestive.

o

OBSERVATION XIV

ROU.... Jean, 34 ans, Cultivateur. Canton de VILLEBOIS-LAVALLETTE - Entré le 23 Février 1956 - Service libre (n° 80).

Présente un delirium tremens avec 39° de température, pouls à 85. Mis sous neuroplégie dès l'entrée. Le lendemain matin, on pratique un électrochoc. Dans l'après-midi, hématomé et hémorragies digestives de très grande abondance. Exitus en hyperthermie dans la soirée.

o

La dernière observation, enfin, est celle d'un malade chez qui six séances d'électrochoc n'amenèrent aucun résultat. Mais elle nous a paru particulièrement intéressante pour plusieurs autres raisons : l'âge, d'abord, le plus jeune que nous ayons rencontré (23 ans), la durée exceptionnelle de l'accès (un mois) ; la survenue de crises comitiales au début de la maladie avec tracé électroencéphalographique en fin de séjour ne montrant pas le moindre indice de comitialité mais au contraire des potentiels très faibles ; enfin l'action remarquable

de la corticothérapie mise en oeuvre tout à la fin et presque en désespoir de cause.

OBSERVATION XV

CHAU... Marcel 23 ans - cultivateur - Canton de VILLEBOIS-LAVALLETTE.

Entré le 9 avril 1956 - Service Libre (n° 88)

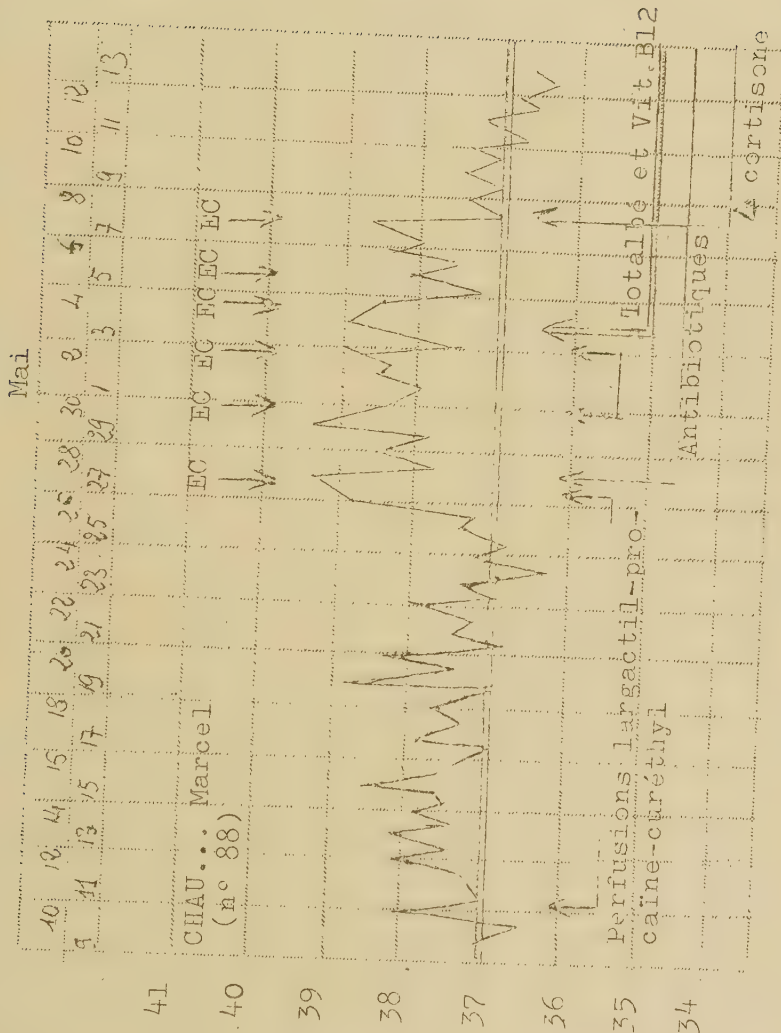
Envoyé pour état confuso-onirique avec crises comitiales. Traitement institué : gardénal I.M. (0,20 g) + acécoline (0,20 g) + curéthyl intraveineux.

Le lendemain débute un delirium tremens franc avec agitation, sudation, délire de rêve, mouvements d'agrippement, température à 38°1 ; pouls 110.

Perfusions largactil-procaïne pendant 17 jours. Amélioration de l'agitation mais reste onirique ; le 17ème jour élévation thermique à 39°. Une séance d'électrochoc amène une sédation de 24 heures, puis les troubles reprennent. Un deuxième électrochoc n'amène pas de changement ; on reprend alors les perfusions de largactil pendant 3 jours sans résultats. 4 nouvelles séances d'électrochoc avec chlorpromazine I.M., vitamines B (Totalbé) et B 12 restent sans influence. Enfin, le 28ème jour, on administre 40 mg de deltacortisone et dès le lendemain la température est stabilisée cependant que l'agitation et le tremblement disparaissent. Le sujet restera cependant longtemps encore obnubilé et confus. Un examen électroencéphalographique est pratiqué le 23 juin soit deux mois et demi après l'entrée, qui ne montre aucun signe d'épilepsie ; c'est un tracé de bas voltage avec des rythmes alpha lents (8 ou 9 c/s) assez pauvres dans les régions postérieures, presque inexistantes en montage transversal.

Voici la courbe de température de ce malade qui objective bien l'action de la delta-cortisone.

Avril
1956



Malgré ces deux échecs, nous pouvons conclure que la sismothérapie reste une thérapeutique d'un intérêt certain, utile en phase de début, lorsque des perturbations périphériques n'ont pas encore été établies. Mais probablement devient-elle insuffisante au moment où l'équilibre hydroélectrolytique étant rompu, les tissus se gorgent de potassium.

LA CORTICOTHERAPIE

C'est contre cette hyperkalicytie que luttent les corticoïdes minéralotropes ; mais ceux-ci avaient été employés avant même que l'on connaisse leur mécanisme d'action dans le delirium tremens. L'ACTH fut préconisée par J.A. SMITH en 1953 (111) ; divers auteurs utilisèrent ensuite la cortisone, notamment POMME en 1954 (96).

Mais ce n'est qu'en 1955 que COIRAULT et LABORIT publièrent leurs résultats (16, 18, 20) basés sur l'utilisation du rhéotome électronique qui leur avait montré l'existence d'une hypoexcitabilité nerveuse et d'une hyperexcitabilité musculaire ; leurs courbes d'excitabilité - intensité - durée faisaient apparaître au cours du delirium tremens un abaissement du seuil rhéobasique dans le segment des temps longs, ce qui correspond, selon eux, à une augmentation du potassium intracellulaire dont la sortie sera favorisée par les hormones stéroïdes minéralotropes. La delta cortisone possède cette propriété à doses fortes, et c'est ce corps qui a été utilisé dans le service du Docteur MATHEY chez 53 malades sous neuroplégie. Du point de vue clinique son action se manifeste par la chute rapide de la température, par la disparition des signes de déshydratation et surtout par la disparition spectaculaire de la sitiophobie. Mais agitation, onirisme et confusion mentale

restent peu influencés par cette médication.

L'idéal était donc de trouver un corps qui agit à la fois par ses propriétés minéralotropes et ses propriétés tranquillisantes. L'hydroxydione semble répondre à cet idéal.

THERAPEUTIQUE PAR L'HYDROXYDIONE

Le succinate sodique de 21 - hydroxyprégnandione, ou hydroxydione du codex (Viadril) fut découvert aux Etats-Unis dans les Laboratoires Pfizer et fut utilisé au début comme anesthésique. Son étude pharmacodynamique fut faite par LABORIT et HUGUENARD (38, 51) qui ne lui trouvèrent pas d'action hormonale, contrairement à ce que pouvait laisser supposer sa formule chimique qui l'apparente à la cortisone d'une part, au prégnandiol d'autre part. Cependant, dans un autre travail, COIRAULT et LABORIT constatent que dans le delirium tremens "les courbes au rhéotome se normalisent rapidement, comme si le potassium quittait le muscle pour aller soit dans l'espace extracellulaire, soit dans le nerf... il augmente la kaliurie... il fait baisser les protéines... il répartit harmonieusement le potassium extracellulaire et le potassium intracellulaire et agit en ce sens comme la cortisone" (19). Il semble donc bien que ce stéroïde possède en fait une propriété minéralotrope comparable à celle de la désoxycorticostérone, de la cortisone ou de l'aldostérone. Et c'est en raison de cette double action -anesthésique ou plutôt narcotique et minéralotrope - que les auteurs précités l'utilisèrent dans le traitement du delirium tremens.

Tous les sujets atteints de delirium tremens admis dans le Service du Docteur MATHEY depuis le mois de Juillet 1957 ont été traités par ce produit ; nous en étudierons ici les

résultats sur la série intégrale des 21 premiers malades qui en bénéficièrent.

Il ne s'agit pas d'une série privilégiée car nous trouvons dans plusieurs cas des facteurs de gravité importants.

Un malade (COU... Pierre n° 165) était cachectique, présentait un foie atrophique avec subictère généralisé, avait fait des hémorragies digestives et, traité depuis 7 jours par neuroplégie, était dans un état désespéré (hyperthermie à 41°) lors de la tentative de traitement par l'hydroxydione.

Deux autres étaient traités depuis 3 ou 4 jours par méthode neuroplégique et présentaient, malgré cela, une agitation violente et un syndrome général inquiétant (MOU... Henri n° 164 - BON... Raymond n° 166).

Un quatrième a présenté un oedème aigu du poumon (GRA... Jean n° 169) et le suivant était un obèse porteur d'une cirrhose, et d'une myocardite (GRE... Jean n° 170). Nous notons encore un polytraumatisé (fractures du fémur multiples et de l'avant-bras - MAR... Christian n° 179), une fracture du radius avec pneumonie du sommet et température à 40°6 à l'entrée (BOI... Guy n° 180) et enfin un facteur de sénescence chez une femme d'une maigreur squelettique (Madame DAM... n° 181) dont l'âge est le plus avancé que nous ayons rencontré (76 ans).

TECHNIQUE

Dans son travail princeps, COIRAULT employait le produit dilué dans une perfusion de sérum glucosé (deux grammes pour 500 ml) qu'il faisait passer par voie intraveineuse jusqu'à l'obtention du sommeil ; celui-ci acquis, il

faisait ensuite passer le produit en perfusion sous-cutanée avec adjonction d'hyaluronidase pour en faciliter la résorption.

C'est cette technique que nous avons employée pour le premier malade traité dans le service par l'hydroxydione ; mais la voie sous-cutanée nous est apparue très rapidement inefficace, le produit étant très mal résorbé de cette façon, et d'autre part très mal toléré.

Voici l'observation de ce malade :

OBSERVATION XVI

MOU... Henri (n° 164) Cultivateur - Canton de MONTBRON - Entré le 24 Juin 1957 - Service Libre.

Delirium tremens avec hyperthermie, sudation, déshydratation, langue rôtie, tremblement généralisé important, fin tremblement des extrémités.

Agitation importante, cris, gâtisme, insomnie. Refus d'aliments.

Désorientation temporo-spatiale. Délire apparemment incohérent ; onirisme très actif à thèmes professionnels. Mouvements professionnels (bêchage, ratissage) . Réactions de fuite.

Nasonnement.

Signes d'imprégnation éthylique (couperose, subictère conjonctival... etc...)

Traité par perfusions largactil-procaïne-curéthyl dès l'entrée.

Ce traitement semble inefficace. Très agité, insomnie totale, sitiophobie.

Le 26 à 13 heures, est mise en route une perfusion de viadril (1,50 g dans 500 ml de sérum glucosé). A 13 h 30, tremblement très diminué, est encore vigile. A 14 heures, somnolence. A 15 h, sommeil assez profond avec quelques mouvements spontanés à type de soubresauts. Difficultés respiratoires d'origine nasale.

A 19 heures 30, perfusion sous-cutanée avec hyaluronidase. Somnolence. Sudation légère. Répond aux sollicitations. Faciès détendu. S'est alimenté et a bu sans opposition. A 22 heures, sudation légère ; est bien orienté, répète une phrase comprise par l'interlocuteur, déclare qu'il était temps qu'il se fasse soigner. Donne une impression extraordinaire de détente, en contraste avec son état du matin.

Le 27, à 9 heures, malade éveillé, sudation abondante, tremblement généralisé, parole chevrotante, mais est encore bien orienté. A 12 heures, boit et mange mais agitation légère. On refait passer 2 g de viadril par voie intraveineuse : sommeil profond jusqu'à 15 heures. Une demi-heure plus tard, reprise de la voie sous-cutanée. A 18 heures 30, délire, désorientation, agitation, violent tremblement. Mauvaise résorption du produit. Remise en route de la perfusion intra-veineuse (2 g par litre de sérum glucosé).

Le 28, est calme, détendu, souriant, bien présent, ne tremble pas. Traînées rouges et chaudes le long des veines perfusées. Pas d'adénopathies.

Le 29 et le 30 même aspect de détente, sommeil presque continu.

Dans la soirée du 30, ascension thermique à 40°6. Mais le delirium semble jugulé ; on arrête la perfusion et on met le malade sous largactil intramusculaire + strychnine. La température (due sans doute à la réaction de périphlébite) tombe à 37°3 en douze heures. La T.A. était montée à 17/9 pendant le traitement par hydroxydione et redescend à 13/7.

Cure de désintoxication classique. Cure de dégoût au disulfirame.

Déclare en partant qu'il ne prendra pas son espéral. Reboira sans doute.

Par la suite, nous avons employé uniquement la voie intraveineuse permanente avec la technique suivante : à l'entrée, première perfusion de 1000 ml de sérum glucosé avec 4 grammes d'hydroxydione en solution ; sitôt le sommeil atteint le débit est ralenti et son rythme établi à la demande. Dans les perfusions suivantes, on met une dose moitié moindre du produit ; si le sujet ne dort pas assez profondément, on reprend la dose initiale. On ajoute à la perfusion des facteurs de protection veineuse (solurutine) et des vitamines du groupe B, ainsi que de l'alcool glucosé hépatisé (Curéthyl A : une ampoule de 50 ml pour 1 litre).

Les doses administrées à ces malades ont varié entre 9 et 10 grammes par jour. Les doses pour une cure ont varié entre 14 g et 45 g avec une moyenne d'environ 25 g par malade.

Résultats

Le tableau clinique est transformé de façon extraordinairement rapide, les malades s'endorment en général en moins d'une heure ; le sommeil obtenu n'a jamais été extrêmement profond, les sujets ayant toujours pu être réveillés par une sollicitation un peu forte. Les seuls symptômes persistant au cours de ce sommeil sont un tremblement des extrémités et parfois une sudation légère.

Par contre, le fait le plus remarquable est la facilité avec laquelle ces malades acceptent de boire et de manger. Aussi n'avons-nous plus vu de ces sujets amaigris sortir de leur delirium avec cette impression d'épuisement que donnaient ceux qui étaient traités par neuroplégie.

L'évolution de l'accès est considérablement raccourcie ; elle a eu une durée moyenne de 3 jours chez 18 malades traités uniquement par cette méthode avec des extrêmes de 36 heures et 6 jours et demi. Trois autres malades étaient traités depuis plusieurs jours par neuroplégie lors de l'installation des perfusions d'hydroxydione ; ils ont reçu ce produit respectivement pendant 4, 2 et 3 jours (Obs. n° 164, 165 et 166). Nous avons eu 4 rechutes (sur 21) qui se sont produites respectivement après 2, 6, 3 et 3 jours, soit en moyenne 3 jours 1/2 (Obs. 169, 170, 179 et 180). Peut-être ces malades n'avaient-ils pas été traités suffisamment longtemps lors de l'accès initial. En tous cas, leurs rechutes ont été aussi sensibles à l'hydroxydione que cet accès initial.

La mortalité dans cette série a été nulle et ce, malgré les facteurs de gravité que nous avons énumérés ci-dessus... Il est probable néanmoins que ce résultat est en surestimation par rapport à ce qu'il serait sur une plus longue série.

Comparaison des résultats avec les autres méthodes.

Cette comparaison tout à l'avantage de l'hydroxydione montre les progrès accomplis en matière de thérapeutique au cours de ces 7 ou 8 dernières années.

En 1950 - 51 : sur 28 delirium tremens traités par strychnothérapie, il y a eu 16 décès soit 58 %.

En 1955-56 : et début 57 : sur 162 cas traités par neuroplégie, nous trouvons 46 décès, soit 28 %.

Quatre de ces sujets ont en outre été soumis

à l'électrochoc avec deux résultats favorables, un échec et un décès.

En 1957, sur 21 cas traités par hydroxydione, aucun décès.

Mais trois de nos observations nous ont paru intéressantes car elles ont trait à des malades soumis successivement à deux méthodes thérapeutiques (neuroplégie et hydroxydione). L'une est l'observation XV ci-dessus. Voici les deux autres :

OBSERVATION XVII

COU... Pierre - 47 ans - cultivateur - Canton de RUFFEC - Entré le 23 juin 1957 - Service Libre (n° 165)

A déjà présenté un delirium tremens 4 ans auparavant, qui avait motivé alors un internement.

Le 13 juin : delirium extrêmement grave chez un sujet cachectique.

Grande agitation psychomotrice avec cris, hurlements.

Sudation abondante, hyperthermie, tremblement considérable, déshydratation, langue rôtie. Gâtisme complet.

Délire incohérent, profère des injures, hurle des ordres. Hallucinations visuelles très actives, suit des visions apparemment terrifiantes, se débat, semble en proie à une grande frayeur.

Par ailleurs, maigreur, amyotrophie des membres inférieurs, cernes sous les yeux, faciès plombé, douleurs à la pression des masses musculaires. Foie atrophique. Subictère généralisé.

Traité par perfusions intraveineuses permanentes associant chlorpromazine, procaine et curéthyl avec delta-cortisone.

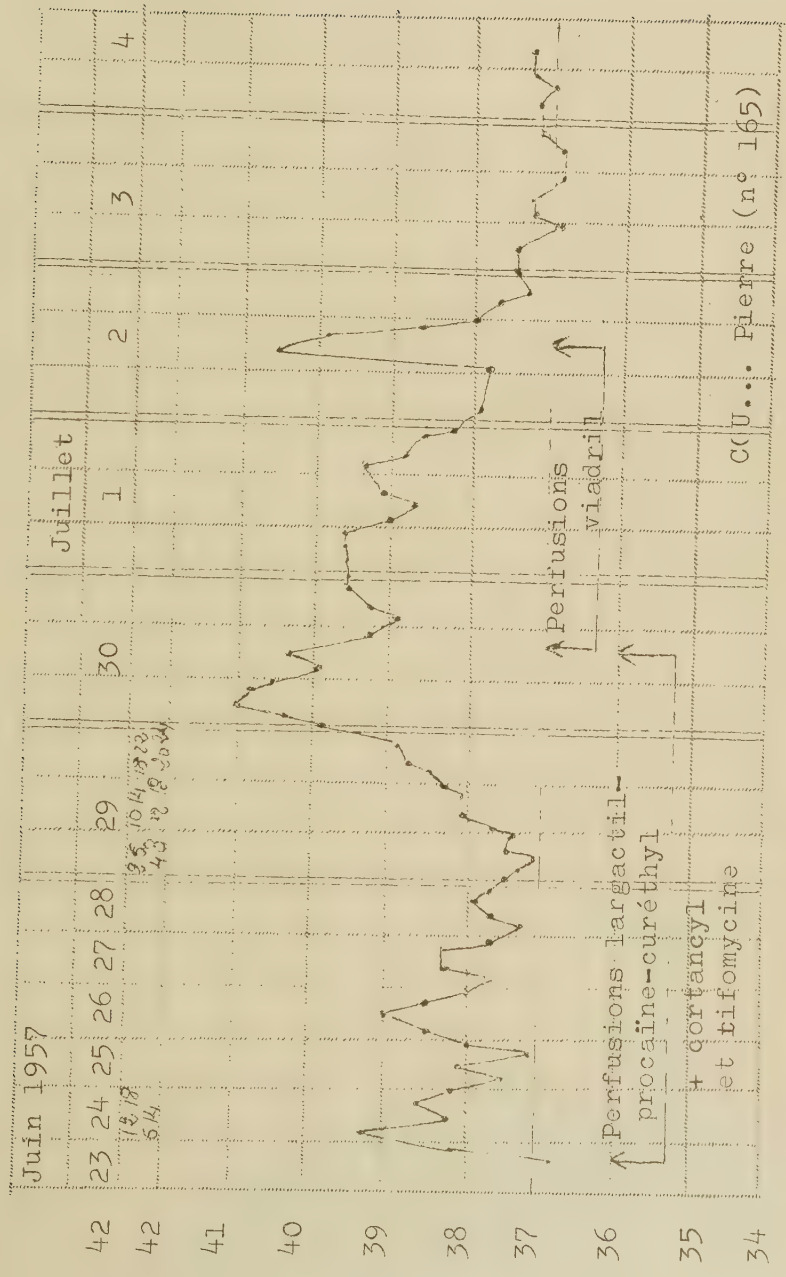
Reste néanmoins extrêmement agité, totalement insomniaque, délirant et onirique. Présente des hémorragies rectales et une hématoméose de moyenne abondance. Température désarticulée variant entre 37° et 39°.

Le 30 juin (8ème jour) la température monte à 41° ; on le recouvre d'un drap mouillé. Agitation de plus en plus importante, tremblement incessant, vociférations, regard terrifié. Amaigrissement. Refus de boire et de s'alimenter.

A 10 heures, on met alors en route une perfusion intraveineuse de viadril (4 g par litre de sérum glucosé, puis 2 g). S'endort en 30 minutes. A 18 heures, la température est tombée à 38°7. Donne une impression extraordinaire de calme.

Le 1er juillet, dort toute la journée. Le 2 (3ème jour de viadril), température à 37°9 le matin, à 40°5 à midi avec rougeur le long des veines perfusées. On arrête le viadril. Le lendemain matin température à 37°. Ce délirium qui s'aggravait depuis 8 jours a été jugulé par l'hydroxydione en 48 heures.

Par la suite, cure de désintoxication. Reste asthénique plusieurs semaines. Pas de cure de disulfirame en raison de l'état hépatique.



C. U. . . Pierre (n° 165)

OBSERVATION XVIII

BON... Raymond, 34 ans - carrier - Canton d'ANGOULEME - Entré le 27 juin 1957. Service Libre (n° 166).

Présente un delirium tremens avec agitation psychomotrice, tremblement, sudation abondante, déshydratation, hyperthermie. Désorientation complète, onirisme actif, réactions de fuite. Signes d'imprégnation éthylique accusés.

Le 29 juin, malgré la thérapeutique par perfusions chlorpromazine - procaine - curéthyl, aggravation, agitation croissante, hyperthermie à 40°5.

A 10 heures, mise en route d'une perfusion de viadril.

A 18 heures 30, ne dort pas ; sudation très abondante ; tremblement généralisé et important. Onirisme. Fabulation. Greffe d'idées délirantes sur des thèmes réels. Bien orienté dans le temps et dans l'espace.

Le 30 juin, amélioration considérable. Dort toute la journée. Température à 40° en plateau.

Le 2 juillet, disparition du syndrome psychique et des signes généraux, sauf la température qui reste à 40°.

A l'arrêt de la perfusion la température tombe à 37° en 6 heures.

Cure de désintoxication. Cure de dégoût à l'antabuse.

LES INCIDENTS

Le premier à signaler, très fréquent, est la survenue de signes de périphlébite (traînées rouges et chaudes le long des veines perfusées). Ces signes disparaissent dès l'arrêt des perfusions. Ils ne nous ont jamais

donné de complications ni de séquelles graves. Nous n'avons jamais vu de phlébite vraie.

La cause de cet incident réside, sans doute, dans l'irritabilité de la solution d'hydroxydione dont le pH est alcalin (plus de 8).

Une hyperthermie l'accompagne souvent, qu'il faut distinguer de l'hyperthermie de type central du delirium tremens. Elle disparaît également lors de l'arrêt du traitement.

Le danger d'accidents respiratoires, signalé par les premiers auteurs, nous semble bien mineur ; le sommeil obtenu n'est jamais très profond (d'ailleurs les anesthésistes sont obligés lorsqu'ils emploient le produit comme narcotique de lui adjoindre un produit potentialisateur) et nous n'avons jamais vu de chute de la langue en arrière ; donc nous n'avons jamais dû procéder à une intubation.

Le pouls ne semble pas influencé. La tension artérielle a été parfois augmentée de 1 ou 2 divisions ; dans les autres cas, elle n'a pas été influencée (jamais d'hypotension contrairement à ce qui se passe avec les neuroleptiques qu'il s'agisse des dérivés de la phénothiazine ou de la réserpine).

Un seul accident a été observé, mais il n'est pas à mettre sur le compte du produit. C'est un oedème aigu du poumon qui a cédé au traitement habituel. Il s'agissait sans doute d'un oedème par pléthore liquidienne.

Les rechutes ont été fréquentes : 4 cas sur 21, soit environ 20 %. COIRAULT en avait déjà observé avec cette thérapeutique mais écrivait qu'il ne s'agissait plus, alors, de véritables delirium tremens et que ces bouffées confusoniriques étaient rapidement jugulées par 1 ou

2 grammes du médicament. Nous avons observé les mêmes faits, mais certains de ces malades ont cependant présenté des rechutes où le tableau clinique était celui d'un delirium tremens typique.

L'observation suivante est celle de ce malade chez qui la thérapeutique fut interrompue précocement en raison de la survenue d'un oedème aigu du poumon. La rechute s'est produite trois jours plus tard et fut guérie en 48 heures.

OBSERVATION XIX

GRA... Jean - 43 ans - cultivateur - Canton de SAINT-CLAUD.

Entré le 5 juillet 1957 - Service Libre n° 169.

Sujet de 43 ans qui en paraît 65.

Delirium tremens très grave avec à l'entrée température à 38°5, pouls à 100 - Agitation psychomotrice, tremblement, sudation, déshydratation, insomnie. Onirisme à thèmes professionnels. Délire incohérent.

Bruits cardiaques assez mous.

Mise en route d'une perfusion de viadril.

Le 7 Juillet, la température croît jusqu'à 41°5 - T.A. 16/8 le matin.

A 16 heures, oedème aigu du poumon. Arrêt de la perfusion. T.A. 13/7., saignée, ouabaine. Strychnine 5 mg toutes les deux heures + largactil I M.

Le 8 Juillet est calme, ne délire pas. Effondrement tensionnel à 7,5/5.

L'état cardiovasculaire se rétablira rapidement (cortine, syncortyl et néosynéphrine). La température remonte progressivement pour atteindre 40°6 à 15 heures. On espace les injections de strychnine en raison de signes d'intolérance. On ajoute de la delta-cortisone.

Le 9 juillet, journée calme. T.A. 12/8.

Le 10 juillet agitation, mouvements d'a - grippement, onirisme très actif, délire, donne des ordres, laboure ses champs, sudation profuse.

Reprise du viadril en perfusions I V à partir de 20 heures.

Le 12 juillet le delirium est jugulé. Arrêt de la perfusion à 12 heures.

Cure de désintoxication. Pas d'antabuse en raison de l'état cardiaque.

o

En définitive, la surveillance des malades traités par l'hydroxydione est aisée et même si l'on tient compte de la survenue de périphlébites, cet incident est mineur, eu égard aux résultats remarquables que procure le médicament. Les auteurs qui utilisent la réserpine font état de résultats tout aussi brillants.

THERAPEUTIQUE PAR LA RESERPINE

Introduite par les auteurs américains AVOL et VOGEL (2), elle a été reprise en FRANCE par CACHIN (13) par SIGUIER et surtout par LEREBoullet (68) qui, sur une série de 100 cas obtient 97 % de succès avec seulement 3 décès.

Nous n'en avons guère l'expérience. Un seul malade en a bénéficié dans le service (GRE... Jean n° 170) ; mais nous ne pouvons guère juger des résultats, car ce malade avait reçu de l'hydroxydione pendant 48 heures une première fois, puis pendant deux jours et demi (au cours d'une rechute) et la réserpine ne lui fut administrée qu'à titre de complément. Il en reçut 13 mg en 4 jours. Mais il présentait un effondrement tensionnel avec état de collapsus (T.A. 8/3) qui céda aux hypertenseurs habituels (syncortyl et cortine). La

gravité de cet accident n'a certes pas été un facteur encourageant à poursuivre l'essai de ce neuroleptique. Il semble, en tous cas, que la surveillance avec cette thérapeutique doive être particulièrement attentive ; les dangers de son utilisation, chez des malades dont le coeur est déjà déficient, nous paraissent plus élevés que ceux auxquels expose l'hydroxydione.

L'avenir appartiendra peut-être à un corps stéroïde dérivé de l'hydroxyprégnandione qui, tout en étant doué d'un pouvoir neuroleptique plus élevé que celui-ci (de la puissance de la réserpine par exemple) en conservant un haut pouvoir minéralotrope, ne possédera pas l'inconvénient d'être aussi irritant pour les tissus.

LES THERAPEUTIQUES ADJUVANTES

Les médications hépatiques sont parfois utilement mises en oeuvre, lorsque l'insuffisance du foie est notoire. Les facteurs lipotropes, choline, méthionine, inositol n'agissent qu'à la longue ainsi que les extraits de foie. Chez les malades porteurs d'une cirrhose, l'acide glutamique en perfusions veineuses peut sauver une situation compromise ; il a été employé dans quelques cas, chez des sujets atteints d'ictère. Malheureusement il ne se mélange pas aux solutions d'hydroxydione qu'il trouble.

Nombre d'auteurs utilisent les vitamines du groupe B, surtout B 1 et B 12.

Certains malades de notre série, traités par la chlorpromazine, ont reçu des doses quotidiennes allant jusqu'à 400 ou 500 mg de thiamine par voie intraveineuse et 4 ou 5000 microgrammes de cyano-cobalamine. Il ne semble pas

ces vitamines aient influencé le cours de leur delirium.

Les tonicardiaques ont été administrés à la demande, camphre, spartéine ou coramine chez les sujets ayant tendance au collapsus, ouabaine chez ceux qui présentaient une hyposystolie ou une asystolie, mais aussi chez ceux dont les bruits cardiaques apparaissaient mous, lointains.

Les antibiotiques n'ont été administrés que lorsqu'une infection était notoire ou lorsque la température se maintenait en plateau à un niveau élevé, faisant suspecter une infection dont la recherche n'est pas aisée chez ces malades.

Quant à la strychnine elle n'a été employée qu'au titre de la cure de désintoxication qui est mise en oeuvre chez tous les convalescents de delirium tremens dans le Service du Docteur MATHEY.

Enfin, la cure de dégoût au disulfirame n'a été pratiquée que chez des sujets sélectionnés, après recherche du temps de saignement et de coagulation ou sur le vu d'un taux de prothrombine à peu près normal.

CONCLUSIONS

-:-

Affection au pronostic redoutable, le delirium tremens est, hélas, loin d'être une rareté. Si son tableau est assez caractéristique, il revêt cependant des aspects un peu différents selon les facteurs qui interviennent dans son déterminisme. L'étude de 184 dossiers de malades admis en trois ans au Centre Psychothérapique de la Charente nous a amené à considérer que :

1° Le delirium tremens frappe des sujets à l'âge moyen de la vie parmi lesquels 10 % sont de sexe féminin.

2° Les cultivateurs paient à la maladie le plus lourd tribut, dans un département essentiellement viticole.

3° Des signes importants d'éthylisme pré-existaient de façon notoire dans une proportion considérable de cas, mais il a fallu fréquemment un facteur agressant pour provoquer une mesure thérapeutique de l'alcoolisme, à l'occasion d'un delirium tremens.

4° Les sujets buveurs de produits de cépages prohibés semblent plus prédisposés à cette affection que les buveurs de vin ordinaire.

5° Ces mêmes sujets présentent des formes particulièrement graves où les complications sont fréquentes et singulièrement la survenue de crises convulsives. La mortalité par delirium est, chez eux, spécialement élevée.

6° Les signes cliniques, où le syndrome psychique est au premier plan, doivent permettre de différencier l'affection de la bouffée confuso-onirique et du délire aigu azotémique.

7° Les troubles biologiques et le syndrome psychomoteur sont la manifestation d'une profonde atteinte encéphalitique, déjà attestée par les études anatomiques de TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS. La découverte des troubles de l'équilibre hydroélectrolytique (augmentation du potassium intracellulaire) par COIRAULT et LABORIT a permis de jeter les bases d'une thérapeutique non empirique.

8° L'abaissement de la mortalité témoigne des progrès accomplis par la thérapeutique.

De près de 60 % avec la strychnothérapie selon la technique de COSSA, elle est tombée à 28 % avec les neuroplégiques et à 0 % avec l'hydroxydione (cependant la série de malades traités par cette méthode est trop courte pour qu'un jugement définitif puisse être porté).

9° Corps à la fois stéroïde et narcotique, le succinate de 21-hydroxyprégnandione permet de lutter contre les troubles psychiques et de rétablir l'équilibre ionique. Il a de brillants résultats à son actif. Employée par d'autres auteurs, la réserpine leur a donné des résultats tout aussi brillants.

10° Peut-être l'avenir thérapeutique appartient-il à un corps chimique qui, ayant les propriétés minéralotropes de la cortisone et les propriétés neuroleptiques de la réserpine à la fois, sans en avoir les inconvénients, permettra de lutter efficacement contre les troubles encéphalitiques et le syndrome biologique.

11° Mais la véritable thérapeutique devrait être surtout prophylactique. Elle devrait consister à lutter contre l'alcoolisme, ou tout au moins, étant donné la faiblesse des moyens actuellement utilisables pour ce faire, à le dépister assez tôt et à encourager les alcooliques à se faire soigner avant de voir exploser de graves complications. Enfin, des mesures législatives devraient être prises qui permettent de diminuer les risques d'exposition à l'alcoolisme.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : L. MICHAUX

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

--

- 1 - ALAJOUANINE (Th.), CASTAIGNE (C.) et
FOURNIER
Biochimie des manifestations encéphali-
tiques de l'alcoolisme
Les Echos de la Médecine Juillet 1956 n° 3
- 2 - AVOL (M.) et VOGEL (P.)
Treatment of delirium tremens with
reserpine
J.A.M.A. 1955 159 n° 16 p. 1516-1520
- 3 - AVOL (M.) et VOGEL (P.)
Delirium tremens et réserpine
Instantanés Médicaux 1956 2 p. 70
- 4 - BACHET (M.)
Formes cliniques des délires alcooliques
Ann.Méd.Psychol. 1954 T. I n° 2 p. 257
- 5 - BENON (R.)
Le delirium tremens
In "L'alcoolisme cérébral" 1 vol. Doin
éd. Paris 1924 p. 71-74
- 6 - BENSOUSSAN (P.)
Notes sur l'alcoolisme et la lutte anti-
alcoolique aux U.S.A.
La Sem. des Hôp. Thérapeutique n° 5 1956
- 7 - BENSOUSSAN (P.)
Syndromes de sevrage et états de besoin
observés au cours de l'alcoolisme chroni-
que
La Semaine des Hôpitaux n° 60 14 octobre
1956 p. 3078-3089

- 8 - BENSOUSSAN (P.) BLANC (C.) et JEANGIRARD (C.)
Notes sur l'utilisation des émulsions
de phosphoaminolipides dans les cures de
désintoxication alcoolique
Ann.Méd.Psychol. 1113 T. I 1955 p. 88-91
- 9 - BERMAN (L.H.)
The treatment of delirium tremens
Quarterly Journal of studies on alcohol
1956 XVII 1 p. 153
- 10 - BRUEL (L.)
L'éthylothérapie intraveineuse chez les
alcooliques
Le Progrès Médical 22 juillet 1939 n° 29
p. 1053
- 11 - BRUEL (L.) et LECOQ (R.)
Quelques recherches sur l'alcoolisme
chronique
La Presse Méd. 1941 n° 35 - 36 p. 430-431
- 12 - CACHIN (M.) et PERGOLA (F.)
Le traitement du delirium tremens par la
réserpine
La Semaine des Hôp. 1957 n° 7 p. 621
(Thérapeutique)
- 13 - CACHIN (M.) PERGOLA (F.) POTER (F.) et
DEBESSE (B.)
Delirium tremens traité par la réserpine
Soc.Méd.Hôp.Paris Séance du 15 juin 1956
- 14 - CARRIERE(J.)
Le psychochoc cinématographique. Principes
et technique. Application au traitement
des malades convalescents de delirium
tremens
An.Méd.Psychol. 1954 112 2 p. 240-244

- 15 - CHARLIN (A.)
Traitement de l'alcoolisme chronique.
Rapport du LIIIème Congrès des Médecins
Aliénistes de France et des Pays de
langue française - Liège 1954 - 1 vol.
Masson éd. Paris
- 16 - COIRAULT (R.) HAINAUT (J.) WEBER (B.)
MISSENARD (J.) JOLIVET (B.) et LABORIT (H.)
Delirium tremens. Etude thérapeutique.
Considérations biologiques et bioélec-
triques
La Presse Méd. 63 n° 72 2 novembre 1955
p. 1474-1477
- 17 - COIRAULT (R.) et LABORIT (H.)
Le delirium tremens
1 vol. 140 pages Masson éd. Paris 1956
- 18 - COIRAULT (R.) LABORIT (H.) et DAMASIO (R.)
Le succinate sodique de 21-hydroxypre-
gnandione. Etudes biologique , bioélec-
trique , électroencéphalographique et
thérapeutique. Application au delirium
tremens
La Revue Médicale Française mars 1956
- 19 - COIRAULT (R.) LABORIT (H.) DAMASIO (R.)
HAINAUT (J.) WEBER (B.) MISSENARD (A.)
JOLIVET (B.)
Thérapeutiques récentes du delirium
tremens. Utilisation d'un nouveau déri-
vé des corticostéroïdes : le succinate
de 21-hydroxyprégnandione
Ann.Méd.Psychol. T. 2 n° 5 déc. 1955
p. 860-866
- 20 - COIRAULT (R.) LABORIT (H.) MISSENARD (P.)
JOLIVET (B.) HAINAUT (J.) et WEBER (B.)
Le delirium tremens. Etude clinique,
biologique et bioélectrique. Thérapeu-
tique neuroleptique. Justification d'un
traitement par un stéroïde anesthésique:

le succinate de 21 -hydroxyprégnandione.
Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique Paris 20-22 octobre 1955.

- 21 - COIRAULT (R.) LABORIT (H.) WEBER (B.) et HAINAUT (J.)

Considérations biologiques et thérapeutiques concernant le delirium tremens. Intérêt des médicaments neuroleptiques et de la cortisone

Colloque International sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique Paris 20-22 octobre 1955

- 22 - COLLOQUE DU GROUPEMENT MEDICAL D'ETUDES ANTIALCOOLIQUES

Le traitement du delirium tremens

Comptes rendus in

La revue de l'alcoolisme 1954 3 n° 7

La Revue du Praticien 1954 T. 4 n° 16
p. 1503-1504

- 23 - COREAU Pierre

A propos des perturbations du point cryoscopique dans les états alcooliques aigus
Thèse médecine Lyon 1954 Bosc éd.

- 24 - CONFRONTATION THERAPEUTIQUE DE L'HOPITAL NECKER

Comment traiter le delirium tremens ?

La Presse Méd. 65 1955 p. 811

- 25 - COSSA (P.) BOUGEANT (H.) et POSTEL (J.)

De quelques indications et de quelques incidents d'utilisation de la chlorpromazine

- 26 - COURBIN et STEPHEN
La mort cardiaque dans la cirrhose
commune
La Presse Méd. 1954 LXIV 49 p. 1012
- 27 - DAUSSY (H.) et HERVO (J.)
Note préliminaire sur un traitement
rapidement efficace du delirium tre-
mens
Annales Méd. psychol. 111 T. 2 n° 2
p. 237-241
- 28 - DEBRAY (Ch.) et HOUSSET (P.)
L'estomac des alcooliques
La Revue du Praticien T. III n° 32 11
décembre 1953 p. 2393-2400
- 29 - DELMAS-MARSALET (P.)
Les délires aigus alcooliques
La Revue du Praticien T. III n° 32 11
décembre 1953 p. 2409-2418
- 30 - DELMAS-MARSALET (P.) BLANC (M.) LOISEAU (P.)
DES TERMES (H.) STAEFFEN (J.) MALEVILLE (J.)
MOUTON (L.)
Le succinate sodique de 21-hydroxypré-
gnandione, nouveau traitement du deli-
rium tremens
Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-
Ouest avril 1956 p. 356-362
- 31 - DE MORSIER (G.) et FELDMANN (H.)
Le traitement des délires alcooliques
aigus par le curéthyl (étude de 50 cas)
Ann. Méd. Psychol. 1953 11ème année T. I
n° 1 p. 112
- 32 - DUCHENE (H.)
Les possibilités actuelles du traite-
ment de l'alcoôlisme
Cahiers Laënnec sept. 1951 n° 3 p. 2-60

- 33 - DUCHENE (H.) et PERRIN (P.)
Colloque sur le delirium tremens organisé par le groupement médical d'études antialcooliques
Comptes rendus in Journ. de Médecine de Lyon 35 n° 838 5 décembre 1954 p. 955-56
Supplément à la Presse Médicale 1954 69 p.1
- 34 - DU PASQUIER (P.)
Traitement du delirium tremens.
Journ. de Méd. de Bordeaux et du S.O.
129ème année n° 10 octobre 1952 p.1004-1005
- 35 - FOLLIN (S.) et SOUBRIER (P.)
Récidives de l'onirisme sous l'action de la chlorpromazine
Ann.Méd.Psychol. juillet 1954 T. 2 n° 2
p. 218-222
- 36 - HAMEL (J.) THIEBAUX (L.) et VERNET (M.)
Traitement du delirium tremens par l'amphétamine dextrogyre
Ann.Méd.Psychol. 1953 T. I n° 4 p.99-100
- 37 - HUBER (G.)
On the pathological anatomy of delirium tremens
Quarterly Journ. of studies on alcohol
1956 XVIII 1 p. 149
- 38 - HUGUENARD (P.) et LABORIT (H.)
Note préliminaire sur un stéroïde narcotique : le succinate sodique de 21-hydroxyprégnandione
Anesthésie et Analgésie T. XIII n° 1
Janvier-Février 1956 p. 163-184
- 39 - HAMEL (J.) BURNER (M.) et GERARDIN (J.R.)
Quelques données numériques à propos de 320 cures de désintoxication alcoolique en service libre
Ann.Méd.Psychol. 1954 T. I p. 99

- 40 - ISBELL (H.) FRASER (H.F.) WICKLER (A.)
BELLEVILLE (R.E.) et EISEMANN (A.J.)
An experimental study of "ruin fits"
and "delirium tremens"
Quarterly Journal of studies on alcohol
1955 XVI 1 p. 33
- 41 - ISRAEL (L.)
Le delirium tremens
Strasbourg Médical 1955 VI 8 p. 480-485
- 42 - JACOBSON (J.R.)
Bone trauma and delirium tremens
Quarterly Journal of studies on alcohol
1956 XVI 1 p. 197
- 43 - KAMMERER (Th.) et EBTINGER (R.)
Premiers résultats du traitement du
delirium tremens par la chlorpromazine
Strasbourg Médical 5-6 juin 1954 n° 6
p. 287-291
- 44 - KAMMERER (Th.) et EBTINGER (R.)
Traitement du delirium tremens par la
chlorpromazine
Presse Méd. 1954 LXII 59 p. 1212
- 45 - KAMMERER (Th.) MENGUS (M.) et EBTINGER (R.)
Le traitement du delirium tremens par
la chlorpromazine
Ann.Méd.Psychol. 112 T. I 1954 p. 439
- 46 - KAMMERER (Th.) et WACKENHEIM (A.)
Le stress du delirium tremens traité
par le largactil
Congrès des méd. alién. et neurol. de
France et des pays de langue française
Nice 1955 Masson Ed. Paris
- 47 - KAMMERER (Th.) et WACKENHEIM (A.)
Etude de l'éosinophilie sanguine dans
le delirium tremens traité par la

chlorpromazine.

Colloque International sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique Paris 20-22 octobre 1955

48 - LABORIT (H.)

Réactions organiques à l'agression et au choc

Un vol. 2ème édition Masson et Cie éd. Paris 1954

49 - LABORIT (H.) COIRAULT (P.) DAMASIO (R.)
HAINAUT (J.) et WEBER (B.)

Première utilisation d'un stéroïde narcotique dans le traitement du delirium tremens

La Presse Méd. n° 63 n° 78 23 novembre 1955 p. 1618

50 - LABORIT (H.) et HUGUENARD (P.)

Pratique de l'hibernation

Un volume - Masson éditeur Paris 1954

51 - LABORIT (H.) HUGUENARD (P.) DOUZON (C.)
WEBER (B.) et GUITTARD (R.)

Etude physiologique et clinique d'un stéroïde anesthésique : le succinate sodique de 21 - hydroxyprégnandione

La Presse Méd. n° 84 14 décembre 1955 p. 1725-1727

52 - LABORIT (H.) HUGUENARD (P.) DOUZON (C.)
WEBER (B.) et GUITTARD (R.)

Etude physiologique et clinique d'un stéroïde anesthésique : le succinate sodique de 21-hydroxyprégrandione

Arch.in Pharmacodynamie 1956 CVII n° 2 p. 159-177

53 - LaFONT (Jean)

Causeries sur quelques porte-greffes et sur les meilleurs cépages pour la production de vin de consommation familiale. Réunion de la Société d'Agriculture de la Charente du 15 mai 1952 - Imp. de la Charente - Angoulême

54 - LAMOTTE (M.) et LAMOTTE-BARILLON (S.)

Les manifestations hépatiques de l'alcoolisme
Revue du Praticien T. III n° 32 11 décembre 1953 p. 2381-2391

55 - LECOQ (R.)

Médications nouvelles utilisées dans la lutte contre l'alcoolisme
Produits pharmaceutiques Vol. 8 n° 9
septembre 1953

56 - LECOQ (R.)

Rôle favorable de l'injection intraveineuse des toxiques dans le traitement des toxicomanies
Gazette des Hôpitaux 31 mars 1954 T. 126 n° 9 p. 237-252

57 - LECOQ (R.)

Bases rationnelles d'une méthode de traitement du delirium tremens
Colloque sur le traitement du delirium tremens Paris 8 mai 1954
La Revue de l'Alcoolisme T. III n° 7
Juillet-Septembre 1954

58 - LECOQ (R.)

Etude pathogénique et thérapeutique des crises de délirium tremens et des poly-névrites observées chez les alcooliques chroniques
Ann.Méd.Psychol. 1954 T. 2 p. 258

- 59 - LECOQ (R.)
L'albuminurie et la glycosurie des alcooliques chroniques
Thérapie 1955 10 n° 3 p. 464
- 60 - LECOQ (R.)
Les modifications humorales de l'alcoolisme chronique
Bull.Acad.nat.Médecine n° 29 et 30
1955 p. 488
- 61 - LECOQ (R.) et FOUQUET (P.)
A propos de l'alcoolisme féminin. Observations et commentaires
Gazette des Hôpitaux 127ème année n° 13
10 mai 1955 p. 477-483
- 62 - LECOMTE (G.) et GEREST
Le traitement du delirium tremens à la lumière de travaux récents
Revue Lyonnaise de Médecine 1953 T. II
n° 11 p. 423-428
- 63 - LEREBoullet (J.) et BENOIT (P.)
Le traitement du delirium tremens par la réserpine
Revue du Praticien 21 mai 1957 VII n° 15
p. 1667
- 64 - LEREBoullet (J.) et PLUVINAGE (R.)
Traitement des comas alcooliques
Revue du Praticien 1956 VI n° 7 p. 735
- 65 - LEREBoullet (J.) et PLUVINAGE (R.)
L'atrophie cérébrale des alcooliques. Ses conséquences médico-sociales
Acad.nat.Médecine Séance du 3 juillet 1956
- 66 - LEREBoullet (J.) PLUVINAGE (R.) et BONIS(A.)
Les atrophies cérébrales
Revue du Praticien 1954 IV n° 9 p. 787-799

- 67 - LEREBoullet (J.) PLUVINAGE (R.) VIDARD (L.)
et AMSTUTZ (Cl.)
Thérapeutique des encéphalopathies
alcooliques
Rev. Neurologique 1956 95 p. 556-584
- 68 - LEREBoullet (J.) PLUVINAGE (R.) VIDARD (L.)
BENOIT (P.) et ANTEBI (L.)
Le traitement du delirium tremens par
la réserpine - Expérience portant sur
100 cas
Bull. et Mém.Soc.Méd.Hôp.Paris 1957
n° 18 et 19 p. 529-537
- 69 - LEREBoullet (J.) PLUVINAGE (R.) VIDARD (L.)
BENOIT (P.) et KAPANDJI (I.)
Le traitement du delirium tremens par
la réserpine
Bull. et Mém.Soc.Méd.Hôp.Paris 1956
72 n° 19-20 p. 604-605
- 70 - LEREBoullet (J.) VIDARD (L.) et GASTEAU (E.)
La cure de désintoxication, ses métho-
des, ses résultats
Bull.Acad.nat.Médecine 1953 n° 24 p. 352-
359
- 71 - LEREBoullet (J.) VIDARD (L.) DELARUE (R.)
et GASTEAU (E.)
La cure de désintoxication alcoolique
chez l'épileptique
Bull. et Mém.Soc.Méd.Hôp.Paris 68 n° 24-
25 1955 p. 909-912
- 72 - LEREBoullet (J.)
La désintoxication alcoolique
Revue du Praticien 1953 III n° 32 p.2421-
2426

- 73 - LETAILLEUR (M.) MORIN (J.) et DEMAY (J.)
La chlorpromazine dans le traitement
du délire aigu et du délire suraigu
alcoolique
Colloque international sur la chlor-
promazine et les médicaments neurolep-
tiques en thérapeutique psychiatrique
Paris 20-22 octobre 1955
- 74 - LETAILLEUR (M.) MORIN (J.) MONNERIE (R.)
et DEMAY (J.)
Traitement d'attaque du delirium tremens
par la synergie chlorpromazine-mébubar-
bital
Ann.Méd.Psychol. 1954 II 1 p. 76-90
- 75 - MACAUD
Le traitement de l'alcoolisme par le
maxiton
Gazette Méd. de France Janvier 1949 56
n° 1 p. 31
- 76 - MAGNAN
De l'alcoolisme, des diverses formes
du délire alcoolique et de leur traite-
ment
1 vol. A. Delahaye éd. Paris 1874
- 77 - MARTIMOR (E.) et coll.
Incidence de la chirurgie gastrique
sur les psychoses alcooliques
Ann.Méd.Psychol. Novembre 1955 p. 669-
673
- 78 - MENZI (W.)
Investigations on the pathogenesis of
delirium tremens
Excepta Medica 1956 IX 1 p. 88 (421)

- 79 - MEYER (H.H.)
Zur klinik pathophysiologie und therape des delirium tremens
Schweiz. Med. Wschr. 82 637-638 1952
- 80 - MEYER (H.H.) SCHMITT (W.) et KIESER (Y.)
Delirium tremens
Quarterly Journal of studies on alcohol
1956 XIII 3 p. 525
- 81 - MICHAUX (L.) et BUGÉ (A.)
Etude clinique des délires aigus
Les Echos de la Médecine Juillet 1956
n° 13
- 82 - MIRAILLE (G.H.) et RIVES (O.)
Vingt cas de delirium tremens en traumatologie traités par les médications neuroplégiques
La revue de l'alcoolisme 1954 II n° 8
p. 182-187
- 83 - MORIN (Jean-Yves)
La chlorpromazine et le mébubarbital dans le traitement du délire aigu ou subaigu alcoolique
Thèse Médecine Paris 1955
- 84 - M...
Les troubles psychiques de l'alcoolisme
Fiches documentaires Laroche-Navarron
3ème série n° 31 Novembre 1957
- 85 - NEUER (H.)
Serpasil in the treatment of alcohol psychosis
Quarterly Journal of studies on alcohol
1956 XVII 1 p. 153

86 - NEVEU (P.)

Indications de l'électrochoc et de
l'hibernation dans les psychoses aiguës
des alcooliques

Ann.Méd.psychol. novembre 1954 T. II
p. 557-559

87 - NEVEU (P.) DEROUET (E.) et Mme L'HERMIT

Délire alcoolique aigu à début convul-
sif traité par hibernation - Contrôle
électroencéphalographique

Ann.Méd.Psychol. 1954 II n° 5 p. 732-737

88 - NEVEU (P.) et Mme L'HERMIT

Le traitement du delirium tremens par
l'électrochoc

Ann.Méd.Psychol. 1955 II n° 4 p. 661-
665

89 - NOEUVÉGLISE

Examen somatique de l'alcoolique chro-
nique.

Comité national de défense contre l'al-
coolisme : dépistage et prévention de
l'alcoolique chronique

p. 5-10

90 - PERGOLA (F.) CACHIN (M.) LEVILLAIN (R.)
et JOUBAUD (F.)

Delirium tremens et atteintes hépati-
ques

Sem.Hôp.Paris 1956 13 p. 744

91 - PÉRRIN (P.)

Le groupement médical d'études antial-
cooliques et la Revue de l'Alcoolisme
Le Concours Médical 1953 75ème année
n° 48 p. 4126

92 - PESTEL (M.)

Le delirium tremens en milieu hospitalier
L'Hôpital 1956 n° 667 p. 340-345

93 - PLANCHE (P.)

Evolution de la thérapeutique des délires aigus alcooliques

Revue Neurologique 1955 XCII 2 p. 157

94 - PLICHET (A.)

La consommation en alcool en France et à l'étranger - Quelques chiffres

La Presse Médicale 1954 21 supplément
p. 1

95 - PLUVINAGE (R.)

Les atrophies cérébrales des alcooliques

Bull. et Mém.Soc.Méd.Hôp.Paris 1956
n° 15-16 p. 524 -539

96 - POMMEE (J.) PLANCHE (R.) et GIBERT (J.)

La vitaminothérapie intensive dans le traitement du delirium tremens

La Presse Médicale 1955 LXIII 58 p.1184

97 - POMMEE (J.) PLANCHE (R.) et GIBERT (J.)

La chlorpromazine dans le traitement des délires aigus alcooliques

Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique
Paris 20-22 octobre 1955

98 - PRUDENT FRANTZ

Contribution à l'étude électroencéphalographique de l'intoxication éthylique chronique.

Mises à jour bibliographiques Chabre
1956 IV n° 12 (Tribune libre)

99 - PULLAR-STRECKER (H.)

Rapid termination of delirium tremens

La Revue de l'alcoolisme 1954 II 8
p. 177-178

100 - QUINQUANDON (J.)

Traitement du delirium tremens par
les doses massives de la série B.
Congrès des Méd. aliénistes et neurol.
de France et des pays de langue fran-
çaise XLVIIème session 1949 p. 397
Masson Ed.

101 - RACOUCHOT

Un petit stigmatisme alcoolique : le gros
oeil des buveurs
Ann.Med.Psychol. 1956 I - 2 p. 298

102 - RAVINA (A.) PESTEL (M.) et ALBOUY (R.)

Alcoolisme aigu et delirium tremens
en milieu hospitalier parisien.
Considérations cliniques et thérapeu-
tiques à propos de 40 cas récents
Bull. et Mém. Soc.Méd.Hôp. Paris
71ème année 1955 n° 19-20 p. 699-703

103 - REGIS (E.)

Psychose alcoolique aiguë
Précis de psychiatrie 1 vol. (6ème
édition) O.Doin éd. Paris 1923 p. 590-
598

104 - REQUET (H.) et PERRIN (P.)

La fin de l'alcool
La Revue de l'alcoolisme 1955 III
10 p. 233-239

105 - RISER (M.) LABOUCARIE (J.) RASCOL (A.)
et BENICHO (L.)

L'hibernation dans le traitement du
delirium tremens
La Revue de l'Alcoolisme 1954 II 8 p.
179-182

106 - ROGUES DE FURSAC (J.)

Delirium tremens
Manuel de psychiatrie 1 vol. (4ème édi-
tion) Alcan éd. Paris 1911 p. 150-157

- 107 - ROUVILLOIS (H.) et DEROBERT (L.)
Le problème de l'alcoolisme en France
La Revue du Praticien III n° 32 11 décembre 1953 p. 2369-2376
- 108 - ROYER, BEIS, Melle VERNES, BRIGNON
Elimination des 17 céstéroïdes chez les alcooliques
Ann.Méd.Psychol. 111ème année T. I n° 1 Juillet 1953 p. 87
- 109 - Schéma Thérapeutique
Traitement du délire alcoolique
Gazette des Hôpitaux 1954 n° 32 p. 792-793
- 110 - SIGUIER (F.) GIABICANI (A) BETOURNE (C.)
et GOGLIN (G.)
Le serpasil dans les délire alcooliques
Soc.Méd.Hôp.Paris séance du 15 juin 1956
- 111 - SMITH (J.A.)
Methods of treatment of delirium tremens
J.A.M.A. 1953 152 p. 384-387
- 112 - STECK
Lésions du tronc cérébral dans le delirium tremens
Congrès des Méd.Alién. et Neurol. de France et des pays de langue française
11ème session 1953 Masson éd. Paris p.353
- 113 - SUTTON
Tract on delirium tremens
London 1813 (cité par TRIBOULET)
- 114 - THIEBAUX (M.) BOYER (R.) LEBORGNE (F.)
et ROUSSEAU (G.)
L'électrochoc dans le delirium tremens et le délire éthylique subaigu
Réunion psychiatrique Strasbourg Nancy 26 novembre 1955

- 115 - TOULOUSE (E.) COURTOIS (A.) et Melle
RUSSEL
Modifications chimiques du sang au
cours du delirium tremens
Ann.Méd.Psychol. 89ème année T. I n° 1
p. 124-130 1931
- 116 - TOULOUSE (E.) MARCHAND (L.) et COURTOIS(A.)
L'encéphalite psychosique aiguë des al-
cooliques (Delirium tremens)
Ann.Méd.Psychol. 91ème année T. I n° 1
1933 p. 1-31
- 117 - TRIBOULET (H.) MIGNOT (R.) et
MATHIEU (F.)
Délire toxi-alcoolique
Traité de l'alcoolisme 1 vol. Masson
éd. Paris 1905 p. 319-338 et 356-366
- 118 - VALLERY-RADOT (P.)
Un fléau social : l'alcoolisme
La Presse Médicale 1954 79 (supplément
p.1)
- 119 - YASSARGIL (G.)
Contribution à la pathogénie et la thé-
rapeutique du delirium tremens
et de l'ivresse pathologique
Ann.Méd.Psychol. 1954 I n° 2 p. 258

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

